

**Les pratiques préventives d'hommes de quartiers moins bien nantis en contexte de
réadaptation cardiaque**

Par
Cindy Bergeron

Superviseur : Alexandre Dumas, PhD.
Membre du comité : Jean Harvey PhD.
Membre du comité : Amélie Perron PhD.

THÈSE

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

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

Avril 2012

© Cindy Bergeron, Ottawa, Canada, 2012

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement mon directeur de thèse Alexandre Dumas qui aura su me soutenir durant ce parcours parsemé d'épreuves et qui aura su m'aider à transformer mes faiblesses en forces. Sa passion a su maintenir mon intérêt afin de mener à terme cette thèse et à poursuivre une carrière au gouvernement fédéral dans ce même domaine.

Je remercie chaleureusement mes collègues Mathieu Savage et Julie Diotte pour leur grande contribution à la collecte et au codage des données du projet de recherche « *Hommes, pauvreté et réadaptation cardiaque* » (Dumas, 2007). De plus, les discussions que j'ai eues avec Mathieu m'ont aidé à développer mon argumentation critique.

Je remercie aussi Geneviève Has, Annie Pouliot et Dany Gravel pour les maintes relectures qui ont permis d'obtenir ce résultat final. Je tiens à remercier Mark Bordeleau pour son encouragement à maintenir mon niveau d'excellence.

Je remercie tout spécialement mon conjoint Simon Bellemare et ses enfants (Vincent et Martin) pour leur compréhension lors de la poursuite de ce projet. Je remercie également mes parents Yvon Bergeron et Louise Côté, ainsi que mon frère Francis Bergeron qui m'ont soutenu par leurs encouragements tout au long de ce projet.

Je remercie les membres du comité d'évaluation (Amélie Perron et Jean Harvey) pour leurs commentaires et leurs réflexions qui ont permis d'améliorer cette thèse.

Enfin, je remercie les Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec pour les appuis financiers et le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada pour le financement du projet de recherche.

Table des matières

Remerciements	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux et figures	vi
Liste des abréviations	vii
Résumé de la recherche	viii
Chapitre : 1 Introduction	1
1.1 Problématique	1
1.2 Objectifs de l'étude	4
1.3 Contexte de l'étude	6
Chapitre 2 : Recension des écrits	7
2.1 Survol des facteurs de risque de la MC et de leur variation sociale selon le statut socioéconomique	7
2.2 La participation aux programmes de réadaptation cardiaque	11
2.2.1 Le profil et les perceptions des non-participants	14
2.3 Le statut socioéconomique, la MC et la RC	16
2.4. Les solutions pour améliorer les programmes de RC	22
2.5. Conclusion	24
Chapitre 3 : Cadre théorique	26
3.1 Théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu	26
3.1.1 Utilisation de la théorie de Bourdieu dans les recherches sur les pratiques préventives	28
3.2 Modèle d'analyse	31
3.3 Conclusion	34
Chapitre 4 : Méthodologie	35
4.1 Échantillon de recherche	36
4.2 Recrutement des participants	38
4.3 Considérations éthiques	41
4.4 Collecte des données	41
4.5 Analyse des données	44
4.6 Critères de scientificité	44
4.7 Conclusion	45

Chapitre 5 : Article 1 La réadaptation cardiaque en contexte de défavorisation	
matérielle et sociale	47
État des connaissances	50
La théorie socioculturelle : Mieux comprendre les styles de vie	53
Méthodologie	54
Résultats	58
Faibles dispositions aux pratiques préventives	59
La faible disposition à participer à la réadaptation cardiaque	64
Conclusion	67
Références	70
Chapitre 6 : Article 2 Réadaptation cardiaque et classes sociales : Des conditions	
d'existence qui font toute la différence	76
Profil des participants et non-participants à la réadaptation cardiaque	78
Approche théorique	80
Méthodologie	81
Degré d'attention à la maladie	86
Réaction aux signes avant-coureurs et aux symptômes de la maladie	87
Gestion des priorités	90
Dispositions à la prévention	91
Le rapport au temps influençant la prévention	92
Perception d'un contrôle de sa santé	94
Intégration du discours sur la santé préventive	96
Relation avec le corps médical	96
Rapport aux programmes de réadaptation cardiaque	98
Conclusion	101
Références	103
Chapitre 7 : Conclusion générale	108
Description de l'apport des collaborateurs	113
Références	113
Annexes	129
Annexe 1 : Adaptation du tableau tiré du Canadian Guidelines for Cardiac	
Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention (2004)	129
Annexe 2 : Lettre de recrutement	131

Annexe 3 : Anonymat et confidentialité	132
Annexe 4 : Lettre d'information	133
Annexe 5 : Les champs sélectionnés pour l'extraction de données	134
Annexe 6 : Guide d'entrevue	136
Annexe 7 : Attestation d'approbation éthique, Université d'Ottawa	140
Annexe 8 : Décision du comité d'éthique de la recherche, Centre de santé et de services sociaux de Gatineau	141
Annexe 9 : Formulaire de consentement	142
Annexe 10 : Reçu	144
Annexe 11 : Fiche d'identification du participant.....	145
Annexe 12 : Notes et impressions post-entrevues.....	146
Notes	147

Liste des tableaux et des figures

THÈSE

Tableau 1. Résumé de la recherche.....	x
Tableau 2. Le programme de réadaptation cardiaque.....	12
Tableau 3. Les types de programmes de réadaptation cardiaque.....	13
Tableau 4. Résumé des sept types de reskilling.....	20-21
Tableau 5. Description des classes sociales.....	31
Tableau 6. Résumé de la méthodologie.....	35

ARTICLE 1

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon.....	57
Tableau 2. Résumé des résultats. Dispositions aux pratiques préventives et de réadaptation cardiaque.....	58-59

ARTICLE 2

Tableau 1. Caractéristiques des participants.....	86
Tableau 2. Degré d'attention à la maladie.....	87
Tableau 3. Dispositions à la prévention.....	92
Tableau 4. Intégration du discours sur la santé préventive.....	97

FIGURE

Figure 1. Modèle d'analyse de l'article 1.....	32
Figure 2. Modèle d'analyse de l'article 2.....	33

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AP :	Activité physique
AVC :	Accident vasculaire cérébral
CÉR :	Comité d'éthique à la recherche
CSSSG :	Centre de santé et services sociaux de Gatineau
DSPO :	Direction de la santé publique de l'Outaouais
HLM :	Habitation à loyer modique
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
KPCR :	Kaiser Permanent Cardiac Rehabilitation
MC :	Maladie cardiaque
RC :	Réadaptation cardiaque
SÉD :	Socioéconomiquement défavorisé

Résumé de la recherche

Les inégalités sociales de santé au sein des grandes agglomérations urbaines ont été largement documentées et sont encore aujourd'hui un problème de santé publique majeur au Québec. Des études épidémiologiques ont déterminé que les taux de mortalité associés aux maladies cardiovasculaires, notamment chez les groupes socioéconomiquement défavorisés (SÉD), en seraient largement responsables.

Dans le but d'améliorer la santé des populations cardiaques, de nombreuses stratégies en réadaptation cardiaque (RC) ont été mises sur place par les institutions de santé. Si les effets bénéfiques de ces mesures ont été largement documentés, peu d'entre elles se sont penchées sur les populations moins bien nanties. Pourtant, leur participation aux programmes de réadaptation cardiaque est très faible.

Cette étude qualitative vise à élargir la base des connaissances en promotion de la santé en établissant des liens entre la pauvreté et les pratiques préventives. Elle vise à combler le manque d'information à l'égard des pratiques de réadaptation cardiaque d'hommes de milieux SÉD, afin de déterminer les facteurs qui peuvent les inciter à opter pour un programme de réadaptation cardiaque. En employant l'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu, cette thèse se penche sur les composantes du rapport au corps qui exercent une influence sur la participation aux programmes de réadaptation cardiaque.

Des entrevues de type semi-structurées ont été effectuées auprès de 60 hommes francophones (âge moyen : 58,5 ans) de l'Outaouais urbain, ayant subi un incident cardiovasculaire nécessitant une intervention médicale et étant considérés « autonomes » selon les normes du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les résultats de cette thèse sont présentés sous deux études. La première traite de l'impact de la pauvreté sur les pratiques préventives d'hommes SÉD aux prises avec une

maladie cardiaque (MC), et la deuxième se penche plutôt sur la variation sociale de la réadaptation cardiaque entre deux classes sociales distinctes (classes moyennes et SÉD). De manière générale, les résultats présentent clairement la faible disposition des hommes moins bien nantis à adopter des pratiques préventives et à participer à un programme de réadaptation cardiaque. La comparaison entre les deux classes socioéconomiques suggère que plus le revenu et la scolarité d'un individu sont élevés, plus son style de vie sera conforme aux normes de la santé publique, et plus il sera disposé à adopter des pratiques préventives dans le but d'améliorer sa santé après un incident cardiaque.

Les résultats de cette étude permettent de mieux adapter les programmes destinés aux hommes SÉD qui sont durement touchés par les problèmes cardiovasculaires, et favorisent une meilleure compréhension de leurs expériences de vie afin de répondre plus adéquatement à leurs besoins sur le plan des programmes de prévention secondaire.

Tableau 1. Résumé de la recherche

Questions de recherche
1) Quelles sont les dispositions corporelles qui influencent la participation aux programmes de RC chez la population masculine SÉD? 2) Quelles sont les composantes du rapport au corps permettant de mieux comprendre les pratiques de RC qui différencient deux classes socioéconomiques?
Objectifs de l'étude
○ Élargir la base des connaissances en promotion de la santé en établissant des liens entre la pauvreté et les pratiques préventives comprenant la pratique d'activités physiques. ○ Comblar le manque d'information à l'égard des pratiques de RC des hommes provenant de milieux SÉD afin de déterminer les facteurs qui peuvent les inciter à adopter des pratiques de RC. ○ Déterminer les composantes du rapport au corps, en ce qui a trait à la façon de traiter et d'entretenir son corps après la manifestation d'une MC. ○ Renseigner les intervenants en RC sur les problématiques spécifiques vécues par les hommes de milieux SÉD de l'Outaouais urbain.
Recension des écrits
○ L'impact du statut socioéconomique sur les facteurs de risques de la MC ○ La participation aux programmes de RC ○ Le statut socioéconomique, la MC et la RC ○ Les solutions proposées pour améliorer les programmes de RC
Cadre théorique
○ Approche de Pierre Bourdieu : Habitus, rapport au corps
Méthodologie
○ Recrutement : 1) Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, lettres aux participants du programme de RC, 2) Organismes de la communauté, lieux publics, journaux locaux et affiches. ○ Éthique : Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa. ○ Critères de scientificité : descriptions riches et complètes, rétroaction par les pairs.

Chapitre : 1 Introduction

1.1 Problématique

Les inégalités sociales en santé publique au sein des grandes agglomérations urbaines ont largement été documentées et constituent toujours un problème de santé majeur au Canada. Comme en témoigne l'étude de Pampalon (2008), entre 1999 et 2003, 94 % des personnes décédées prématurément étaient défavorisées matériellement et socialement, relançant ainsi les débats sur la pérennité des inégalités sociales en santé. Tel que relevé par bon nombre d'études épidémiologiques, les caractéristiques socioéconomiques constituent des indicateurs clés pour expliquer le gradient social en santé (Marmot, 2004).

L'expression « gradient social de santé » est un concept utilisé par plusieurs auteurs du domaine de la santé et des services sociaux (Marmot, 2004; Hanna et Wenger, 2005; Renaud et Bouchard, 1994). Selon Bouchard et coll. (2006), le gradient social de santé repose sur la « variation des états de santé » suivant « les niveaux sociaux hiérarchiques de la société ». Depuis quelques années plusieurs études ont noté ce type d'écart lorsqu'il était question de la maladie cardiaque (MC). En reprenant les études britanniques de Whitehall, il est possible d'observer les taux de mortalité de travailleurs (Renaud et Bouchard, 1994). Dans cette étude, le taux de mortalité à la suite de maladies cardiovasculaires est de 3,2 fois supérieur chez les travailleurs de bureau (faible statut socioéconomique) que chez les administrateurs (haut statut socioéconomique).

Dans la présente étude, il sera question de la région de l'Outaouais au Québec. Selon les plus récentes données disponibles de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'écart entre l'espérance de vie des catégories de revenus les plus

pauvres et celles des plus riches est parmi les plus élevés au Québec (Direction de la santé publique de l'Outaouais, DSPO, 1996). Selon la DSPO, la maladie cardiaque (avec les maladies respiratoires chroniques et les accidents circulatoires) serait l'une des principales causes de cet écart par rapport à la moyenne québécoise.

Si de telles études ont permis de jeter un regard global sur les inégalités en santé, une étude plus approfondie peut contribuer à expliquer les niveaux de santé chez les groupes les plus vulnérables de la population. La présente étude porte un intérêt particulier à la santé cardiaque et aux pratiques préventives des hommes de l'Outaouais qui vivent dans les zones urbaines les plus socioéconomiquement défavorisées (SÉD). La population masculine a été choisie puisque selon Pampalon et coll. (2008) la mortalité prématurée pour la maladie cardiaque que l'on retrouve chez les personnes SÉD est beaucoup plus élevée pour les hommes (240/100 000) que pour les femmes (83/100 000).

Les études épidémiologiques (Agence de la santé publique, 2011; Statistique Canada, 1998 et Johansen et coll. 1998) ont identifié deux causes principales de la maladie cardiaque soit le stress chronique et les habitudes de vie malsaines (c'est-à-dire, le tabagisme, l'alimentation et la sédentarité). D'une part, le stress chronique ainsi que les éléments stressants (c'est-à-dire, les difficultés familiales, les problèmes financiers et l'insécurité au travail) seraient davantage susceptibles de faire partie de la vie des populations SÉD (Clark, 2007). D'autre part, les conséquences nocives du tabagisme, de la sédentarité et d'une alimentation malsaine sont aussi identifiées comme des facteurs pouvant expliquer ce gradient chez cette population. Selon Marmot (2004), si ces différentes habitudes ne justifient pas à elles seules le gradient de santé, elles sont néanmoins constitutives d'un ensemble de facteurs explicatifs très significatifs pour

comprendre les liens entre la position sociale et la maladie cardiaque.

Dans le but d'améliorer la santé des populations cardiaques¹, la majorité des institutions de santé ont mis sur pied des programmes de réadaptation cardiaque (RC). Ces derniers visent à améliorer la santé des populations cardiaques en modifiant leur style de vie. Ces programmes se définissent globalement par un ensemble d'interventions, visant à diminuer les risques menant à un nouvel incident cardiaque. Ils fournissent un encadrement visant à cesser le tabagisme, modifier l'alimentation, gérer la médication, gérer le stress et favoriser la pratique d'activités physiques sécuritaires (Keaton et Pierce, 2000). Ils permettent d'améliorer la qualité de vie et la longévité des participants (Grace et coll. 2002).

Si les programmes de RC ont démontré leur efficacité (Grace et coll. 2002), quelques études ont signalé leurs taux élevés d'abandon, soit de 25 % après les trois premiers mois d'un incident cardiaque, 50 % après les six premiers mois (Oldridge, 1991; Bock, 1997) et 75 % après une année (Willich, 2001). Quelques études ont mis l'accent sur la participation aux programmes de RC, mais aucune, à notre connaissance, n'a approfondi la question des faibles taux de participation chez les personnes SÉD. De façon générale, les études sur la participation aux programmes de RC s'intéressent peu à la variation sociale de la pratique, notamment chez les groupes plus vulnérables de la société. Pourtant, des ouvrages empiriques ont déjà signalé les faibles taux de participation des populations issues de milieux SÉD (Hanna et Wenger, 2005) ainsi que la variation de la consommation médicale selon la position sociale (Boltanski, 1971). Bien qu'elles soient peu nombreuses, ces études nous incitent à croire que la RC peut

¹ Ensemble d'individus ayant eu l'une des maladies suivantes : arrêt cardiaque, cardiopathie, infarctus du myocarde, cardiomyopathie, angine et insuffisance cardiaque.

faire l'objet d'études plus en profondeur au même titre que les autres pratiques préventives.

Les effets bénéfiques des programmes de réadaptation ont été largement documentés. Il n'est donc pas surprenant de constater que la grande majorité des institutions de santé incluent la pratique d'activités physiques dans leurs programmes de RC. Plusieurs études ont souligné le rôle crucial que joue la pratique régulière d'activités physiques pour diminuer la mortalité, réduire les incidences des maladies chroniques et améliorer les capacités fonctionnelles de l'organisme (Van der Bij et coll. 2002; Warburton et coll. 2006). Plus spécifiquement, l'amélioration des capacités fonctionnelles est un bénéfice considérable pour les personnes atteintes de MC puisqu'elles souffrent de douleurs limitant leurs actions quotidiennes. Selon les données de la Fondation des maladies du cœur du Canada (2001), les personnes de 35 à 64 ans atteintes de maladie du cœur sont deux fois plus nombreuses à souffrir de douleurs qui limitent leurs activités quotidiennes et quatre fois plus nombreuses à qualifier leur santé de « passable » ou « médiocre » que ceux qui ne présentent pas de maladie cardiaque.

1.2 Objectifs de l'étude

Cette étude vise à élargir la base des connaissances en promotion de la santé en établissant des liens entre la pauvreté et les pratiques préventives² comprenant la pratique d'activités physiques. Plus précisément, elle vise à combler le manque d'information à l'égard des pratiques de RC d'hommes de milieux SÉD, afin de déterminer les facteurs sociaux qui peuvent les inciter à adopter des pratiques de RC.

² Les pratiques préventives comprennent dans le cadre de cette étude l'alimentation saine, la pratique régulière d'activités physiques, la consommation de médicaments prescrits et la cessation du tabagisme. Ces pratiques préventives font toutes parties des programmes les plus communs de réadaptation cardiaque.

Dans le but de nous aider à répondre aux objectifs de cette recherche voici les deux questions auxquelles nous tentons de répondre : 1) quelles sont les dispositions corporelles qui influencent la participation aux programmes de RC chez la population masculine SÉD? 2) quelles sont les composantes du rapport au corps permettant de mieux comprendre les pratiques de RC qui différencient deux classes socioéconomiques? Les réponses à ces deux questions permettront de développer des programmes de RC et des politiques sociales plus efficaces en matière de promotion de la santé.

Notre étude accordera une place importante à la pratique d'activités physiques dans le contexte de la RC. Ainsi, elle concorde avec les priorités du comité scientifique de Kino-Québec (2004) qui proposent davantage d'études sur les types d'interventions en promotion de l'activité physique, ainsi que sur les stratégies utilisées et les cibles de changements à apporter aux programmes de promotion de l'activité physique.

Nous avons choisi d'utiliser l'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu en vue de déterminer certains aspects du rapport au corps, en ce qui a trait à la façon de traiter et d'entretenir son corps après la manifestation d'une MC.

Les résultats de cette étude pourront renseigner les intervenants en RC sur les problématiques spécifiques que vivent les hommes de milieux SÉD de l'Outaouais. Elle permettra également de produire une série de recommandations sur les actions susceptibles de favoriser une expérience positive chez les populations aux prises avec une maladie cardiovasculaire, ainsi que de mieux répondre à leurs besoins sur le plan des programmes et des services facilitant l'adoption d'un mode de vie sain.

1.3 Contexte de l'étude

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche qualitative plus vaste intitulée *Hommes, pauvreté et réadaptation cardiaque* (Dumas, 2007). L'étude plus vaste visait à mieux cerner les normes et les valeurs d'hommes de milieux SÉD de différents âges en ce qui a trait à la façon de traiter et d'entretenir leur corps après la manifestation d'une maladie cardiovasculaire. De manière générale, la présente étude consiste à mieux comprendre ce qui influence la participation aux séances d'information sur la RC chez la population des hommes SÉD.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Les inégalités sociales et les facteurs sociaux explicatifs des pratiques préventives ont été largement documentés. Certains indicateurs clés, tel le revenu, le niveau d'éducation et le statut social permettent de mieux comprendre la variation sociale de la santé (Hanna et Wenger, 2005). Ce chapitre vise à recenser les écrits en sociologie et en santé publique qui traitent de la variation sociale des pratiques préventives, notamment celles liées à la MC. Afin de bien cerner ce corpus d'études, cette recension sera divisée en quatre parties :

1. Survol des facteurs de risque de la MC et de leur variation selon le statut socioéconomique;
2. La participation aux programmes de RC;
3. Le statut socioéconomique, la MC et la RC;
4. Les solutions proposées pour améliorer les programmes de RC.

2.1 Survol des facteurs individuels de risque de la MC et de leur variation selon le statut socioéconomique

Les déterminants de la MC ont fréquemment été documentés dans les écrits en santé publique (Must et coll. 1999; Statistique Canada 1999; Pampel 2002). En sciences sociales, ils ont été traités de manière plus globale dans les écrits sur le style de vie. Cette section recensera principalement les études sociologiques qui se sont penchées sur certains facteurs de risque de la MC, soit sur les déterminants sociaux de l'obésité et des pratiques préventives tels que la sédentarité, l'alimentation malsaine, la cessation du tabagisme et la consommation de services de santé.

L'obésité est un facteur de risque non négligeable de la MC et le statut

socioéconomique constitue un indicateur important de celle-ci (Statford et coll. 2007). Par exemple, pour bien illustrer cette tendance, par rapport à l'obésité, l'Institut national de santé publique du Québec (2008) affirme que les Québécois ne détenant pas de diplôme secondaire sont davantage susceptibles d'être obèses (19,5 %) que les diplômés universitaires (9,4 %) et que les taux d'obésité étaient de 17,8 % chez les personnes dont le revenu est le plus faible comparativement à 11,6 % chez les personnes au revenu le plus élevé. Bien que l'obésité n'est pas la seule des causes de la MC, d'autres aspects du style de vie tels l'alimentation malsaine et la sédentarité y sont fortement associées (Stafford et coll. 2007; Booth et coll. 2005).

Les recherches épidémiologiques démontrent que les groupes à faible statut socioéconomique (revenu et éducation) présentent de faibles niveaux de pratique d'activités physiques. De façon plus spécifique, l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (ICRCP) (2009) indique que le taux d'activités physiques augmente en fonction du niveau de scolarité et du revenu. En ce qui a trait aux revenus, 54,2 % des hommes canadiens dont le revenu était plus faible (premier quintile) sont inactifs pendant leur temps libre comparativement à 38,0 % des hommes au revenu plus élevé (cinquième quintile) (Statistique Canada, 2007). Dans son étude qualitative (60 participants), Burton (2003) estime que le taux de pratique des individus à faible statut socioéconomique s'explique parce qu'ils accordent moins d'importance à la santé en choisissant leurs activités et parce que la pratique d'activités sportives est peu répandue dans leurs réseaux sociaux.

L'association entre les habitudes alimentaires malsaines et le faible statut socioéconomique a aussi été largement rapportée dans la documentation (Statistique

Canada, 2004; Johnston et coll. 2000; Subar et coll. 1995; Roos et coll. 1998; Statistique Canada, 1999; Pérez, 2001). L'étude quantitative de Roos et coll. (1998), sur les comportements alimentaires, souligne que les hommes ayant un faible revenu ont de moins bonnes habitudes alimentaires que celles des hommes ayant un revenu plus élevé³. Pour sa part, Statistique Canada (2004) souligne que 41 % des personnes à faible revenu consomment des portions suffisantes de fruits et de légumes, comparativement à 58 % chez ceux ayant les revenus les plus élevés. Dans le même ordre d'idée, selon une étude de Statistique Canada (1999), 51 % des Canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires disent tenter de diminuer leur consommation de gras comparativement à 60 % chez les étudiants universitaires.

L'urbanisme influence aussi les profils de consommation alimentaire. Par exemple, le degré de présence d'épiceries à grande surface influencerait positivement ou négativement la consommation de fruits et de légumes. En premier lieu, la proximité de ce type d'épicerie contribue à augmenter la consommation de fruits et légumes (Laraia et coll. 2004; Wrigley et coll. 2002) grâce à un meilleur rapport qualité-prix (Crockett et coll. 1992; Morris et coll. 1992). Dans le même ordre d'idées, une faible présence de ce type d'épicerie dans les quartiers à faible revenu aurait un impact négatif sur la consommation de fruits et de légumes (Alwitt et coll. 1997; Mantovani et coll. 1997; Morland et coll. 2002, Zenk et coll. 2005).

La conciliation travail-famille chez les ménages à faible revenu peut aussi être un obstacle à la consommation d'aliments sains. À ce sujet, les résultats de l'étude de Roos

³Dans cette étude les participants doivent suivre au minimum cinq des six des recommandations suivantes : manger des fruits frais ou de petits fruits chaque jour, manger des légumes chaque jour, manger du pain à grain entier chaque jour, manger du poisson au moins deux fois par semaine, utiliser de l'huile pour frire ou faire cuire les aliments, utiliser de la margarine au lieu du beurre sur leur pain.

et coll. (2006) soulignent que les conflits associés à une conciliation difficile entre la famille et le travail peuvent influencer les pratiques alimentaires. En général, plus il y a de conflits d'horaires, moins les recommandations pour la santé sont respectées (Roos et coll. 2006). L'étude de Devine (2006) suggère que ces conflits sont des obstacles majeurs dans le choix de repas santé chez les familles à faible revenu. L'augmentation du nombre d'heures de travail par famille ainsi que les conflits entre les horaires de travail et celles de la famille engendrent une augmentation de la consommation de la malbouffe et des conséquences nocives pour la santé du cœur (Devine, 2006).

Les recherches épidémiologiques témoignent aussi des liens entre le tabagisme et le statut socioéconomique, notamment lorsqu'il s'agit du contexte familial, du statut d'emploi et des conditions de vie. Selon Stronks et coll. (1997) le niveau d'éducation est corrélé négativement à la consommation de cigarette puisque 50 % des moins scolarisés ont été classés parmi les fumeurs comparativement à 20 % chez les plus scolarisés. En outre, selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) (1998), la catégorie de revenu semble aussi liée au tabagisme de manière semblable; les gens très pauvres et pauvres détiennent les taux les plus élevés de tabagisme (46 % et 42 %) comparativement aux gens ayant un revenu moyen inférieur et moyen supérieur (35 % et 33 %).

Le tabagisme peut être perçu comme un moyen pour composer avec les conditions de vie stressantes (Barnett, 2004). L'étude de Stronks (1997) soutient que les personnes SÉD sont davantage exposées au stress et par conséquent, elles sont plus enclines au tabagisme. Par exemple, le stress vécu par les familles monoparentales (Sarfati, & Scott, 2001) ou en situation de faibles perspectives d'emplois (Wadsworth et coll. 1999) serait lié au tabagisme. Selon Stead et coll. (2001), deux raisons

expliqueraient pourquoi la cessation du tabagisme semble être plus difficile à entreprendre chez les individus de quartiers défavorisés. D'une part, les occasions qui encouragent la consommation de tabac sont plus nombreuses (partage, prêt et emprunt de cigarettes seraient plus fréquents parmi les groupes SÉD). D'autre part, il existe peu de services dans ce type de quartier, pour ceux qui tentent de cesser leur consommation de tabac.

2.2 La participation aux programmes de réadaptation cardiaque

Les programmes de RC ont été développés afin d'améliorer la qualité de vie et la longévité des personnes atteintes de maladies cardiaques (Grace et coll. 2002). Ces programmes se définissent globalement par un ensemble d'interventions visant à diminuer les risques menant à un nouvel incident cardiaque. Ils fournissent un encadrement favorisant la cessation du tabagisme, la modification de l'alimentation, la gestion de la médication, la gestion du stress et la pratique plus fréquente d'activités physiques sécuritaires (Keaton et Pierce, 2000). La présente section porte sur les programmes de réadaptation et permet de mieux comprendre le modèle d'intervention axé sur la responsabilisation individuelle, proposé par les institutions médicales (voir tableaux 2 et 3).

Le tableau 2 décrit les types d'interventions en RC suggérées par les institutions médicales. Ce tableau permet de mieux comprendre chacune des interventions entreprises lors d'un programme typique de RC. Il résume les différents types de programmes de RC présentés par l'Association canadienne de réadaptation cardiaque (2004).

Tableau 2. Le programme de réadaptation cardiaque

Types d'interventions	Description
La gestion de la pression artérielle	- La pratique régulière d'activités physiques - La modération de la consommation de sodium - La consommation modérée d'alcool - La cessation du tabagisme - La pharmacothérapie - L'augmentation de la consommation de fruits frais, de légumes et de produits faibles en gras
La gestion du poids	- L'évaluation du poids et du tour de taille - L'identification de l'indice de masse corporelle - L'ajustement du poids par l'activité physique et l'alimentation
La gestion de l'alimentation	- L'identification de la quantité de calories ingérées et le contenu de la diète (gras saturé, gras trans, cholestérol, sodium et nutriments) - La diminution de la consommation de lipides
Les interventions psychosociales	-L'identification des problèmes psychosociaux tels la dépression, l'anxiété, la colère ou l'hostilité, l'isolation sociale, la détresse familiale, la dysfonction sexuelle et l'abus de drogue.

*Adaptation et résumé de la réadaptation cardiaque de Wenger (2008). Pour plus de détails, en ce qui a trait aux interventions qui peuvent être effectuées par les professionnels de la réadaptation cardiaque, veuillez consulter l'annexe 1.

Le tableau 3 permet d'en connaître davantage sur les différents types de programmes auxquels les participants de la recherche pourraient avoir participé. Ces informations permettent de mieux comprendre le domaine de la RC, afin de pouvoir l'étudier de façon plus efficace.

Tableau 3. Les types de programmes de réadaptation cardiaque

Types de programmes	Description
Programmes traditionnels	-Incluent des activités physiques de réadaptation en groupe -Offrent de l'information sur la gestion des facteurs de risques de la MC
Programmes à domicile	-Collaboration avec une infirmière ainsi qu'avec une équipe multidisciplinaire de RC - Visites à la clinique ou à l'hôpital en nombre limité - Visent principalement les patients à faibles risques d'avoir un autre incident cardiaque, plus précisément ceux qui ne veulent pas ou ne requièrent pas d'exercice physique en groupe
Programmes par gestion de cas	- Coordonnent les activités des différentes disciplines en santé - Existente parce que les patients et leurs médecins ne suivent pas automatiquement les recommandations faites dans les programmes traditionnels de RC en ce qui a trait à la gestion des facteurs de risque.
Programmes d'interventions individuels	-Utilisent une approche plus directe en ce concerne la modification des facteurs de risque. -Existente à cause du grand nombre de patients dans le système de soins de santé. Les médecins ne suivent pas adéquatement les recommandations de RC, c'est-à-dire la modification des facteurs de risques.

*Adaptation et résumé des types de programmes énoncés par l'Association canadienne de réadaptation cardiaque (2004)

À titre d'exemple, le programme de RC du Centre de santé et services sociaux de Gatineau (CSSSG) se rapproche davantage du « Programme traditionnel », puisqu'il constitue un ensemble de services, des rencontres de suivis cliniques, des consultations et des suivis individuels avec les professionnels, ainsi qu'un volet d'enseignement. Ces services visent à informer et sensibiliser les populations cardiaques aux habitudes de vie saines et aux soins de santé recommandés pour maintenir et améliorer leur santé.

L'efficacité des programmes de RC a fait l'objet de plusieurs études. Nous présentons dans cette section les facteurs individuels qui influencent la participation aux

programmes de RC.

Plusieurs études accordent une attention particulière au profil *des participants aux programmes* de RC (par opposition aux non-participants). De façon générale, quatre caractéristiques composent ce profil; a) vivre dans des conditions socioéconomiques favorables (bonnes conditions de travail, revenu familial élevé et scolarité élevée) (Harlan et coll. 1995; Lane et coll. 2001; Evenson et coll. 1998; Farley et coll. 2003); b) être encouragé par leur médecin à participer (Jackson et coll., 2005; Roblin, 2004); c) être à proximité de services et d'installations de RC (Suaya et coll. 2007) et d) être disposé à améliorer leur santé cardiaque. Au sujet de ce dernier élément, selon Wyer et coll. (2001 a), les participants aux programmes de RC, contrairement aux non-participants, sont davantage conscients de la sévérité de leur maladie, ils la considèrent comme un événement ayant des conséquences significatives et qui requiert des actions pour améliorer leur santé, ils évaluent plus positivement les bénéfices potentiels des programmes et ont un meilleur soutien de leur entourage.

2.2.1 Le profil et les perceptions des non-participants

En raison du faible taux de participation aux programmes de RC, d'autres études portent sur le profil des non-participants et sur les moyens d'augmenter leur participation. Les études relèvent trois caractéristiques principales de ce profil : un faible revenu (Cooper, 2002; Schulz et McBurney, 2000, Wyer et coll. 2001 a;b;c, Taylor et coll. 2001), un domicile situé à une plus grande distance du programme de RC (Schulz et McBurney, 2000) et un âge avancé (Cooper, 2002, Schulz et McBurney, 2000; Taylor et coll. 2001). D'autres facteurs expliqueraient la non-participation, par exemple les habitudes de vie sédentaire préalables à la MC (Lane et coll. 2001), la comorbidité

(Suaya et coll. 2007), la solitude (Schulz et McBurney, 2004) et les difficultés d'accès à un moyen de transport (Schulz et McBurney, 2004).

Plusieurs études identifient aussi les perceptions influençant négativement la participation (Cooper et coll. 1999; Schulz et McBurney, 2000; Wyer et coll. 2001a). Ces études ont été effectuées principalement auprès d'individus atteints d'infarctus du myocarde. Dans plusieurs de ces études, les résultats indiquent que les non-participants avaient une faible compréhension du contenu d'un programme de RC et des causes de la MC (Tod et coll. 2002; Cooper et coll. 2005; Schulz et McBurney, 2000). Les résultats des études qualitatives font également ressortir que ces non-participants croient peu aux bénéfices des programmes de RC sur leur santé (Tod et coll. 2002; Cooper et coll. 2005; Wyer et coll. 2001a).

Plusieurs études investiguent auprès des patients afin de connaître les raisons de leur non-participation au programme de RC. Les raisons les plus fréquemment signalées par les patients sont le désintérêt pour le format de groupe et les services inadéquats pour eux (Farley et coll. 2003; Clark, 2002; Jones et coll. 2007; Evenson et coll. 2006). Ensuite, parmi les raisons qui sont fréquemment mentionnées notons le manque de motivation et les conflits d'horaire (Clark, 2002; Evenson et coll. 2006; Jones et coll. 2007; Pell et Morisson, 1998; Farley et coll. 2003). Certaines études indiquent aussi le désir de prise en charge individuelle du patient pour améliorer sa santé (Jones et coll. 2007; Evenson et coll. 2006) et le manque d'intérêt à assister à des séances en milieu hospitalier (Farley et coll. 2003).

Les études qui ont été citées dans cette section sont majoritairement quantitatives et nous offrent peu d'explication sur les groupes qui participent peu aux programmes de

RC (les personnes SÉD). Les études qualitatives qui accordent un intérêt à cette population, en contexte de RC, seront discutées dans la prochaine section.

2.3 Le statut socioéconomique, la maladie cardiaque et la réadaptation cardiaque

Dans sa recension des écrits sur la MC, Emslie (2009) soutient qu'il existe très peu d'études tenant compte du statut socioéconomique dans leurs critères d'échantillonnage (voir Condon et coll. 2006; Evangelista et coll. 2001; Lukkarinene, 1999). À ce sujet, nous avons recensé quatre auteurs qui accordent un certain intérêt aux populations SÉD (Emslie 2009; King, 2002; Clark, 2007; Wheatley, 2006).

Carol Emslie a produit trois articles sur la MC s'intéressant au statut socioéconomique. Les deux articles les plus récents prennent la forme de recensions d'écrits traitant de l'expérience des patients souffrants de MC. La première recension (Emslie, 2004) renvoie aux études composées d'hommes et de femmes alors que la deuxième (Emslie, 2009) se concentre principalement sur les hommes. La recension de 60 études par Emslie (2004) permet de faire ressortir certains éléments relatifs à la MC en lien avec le statut social. Par exemple, les personnes moins bien nanties étaient plus négatives au sujet de l'amélioration de leur santé que les mieux nantis et ils avaient des attentes plus faibles à l'égard de leur longévité (Richards et Emslie, 2002). Selon Emslie (2004), les populations moins bien nanties seraient moins enclines à rechercher une aide médicale suivant une MC parce que : a) ils ont attribué leurs symptômes à une autre cause (ex. avoir travaillé de longues heures); b) ils n'ont pas pu les distinguer d'une autre maladie préexistante; c) ils ne voulaient pas encombrer le système hospitalier (Emslie, 2004). Les résultats de la troisième étude sur la perception de la mort suite à une MC indiquent que certains effets du passé influencent négativement l'adoption de pratiques

préventives dont l'histoire familiale, l'exposition à la cigarette et le faible statut socioéconomique (Emslie, 2001).

Pour sa part, Rosemary King (2002) étudie les croyances sur la MC des hommes de différents niveaux socioéconomiques. Selon l'auteure, plusieurs participants ont déterminé que les causes de leur maladie étaient principalement le stress et le style de vie (sédentarité, mauvaise alimentation). En constatant que le stress est nuisible pour leur santé cardiaque, certains hommes changeaient leurs priorités et appréciaient davantage la vie. Ils savouraient chaque moment et ils adoptaient des activités de loisirs plus reposantes. Par ailleurs, à l'égard des perceptions des soins de santé, il semble que chez les hommes SÉD la relation avec les thérapeutes soit très importante et que la confiance augmente lorsque l'offre de soins est personnalisée. King (2002) estime que la RC chez les hommes SÉD pose des défis, puisqu'elle constate que les professionnels de la santé ont peu de compréhension de leurs croyances et de leurs expériences de vie.

Alexander M. Clark (2007) étudie plus spécifiquement la participation aux programmes de RC. Il souligne que les recherches actuelles n'explorent pas en profondeur les déterminants sociaux de la santé (éducation, revenu) ou les effets du lieu de résidence sur la participation à la RC. Selon l'auteur, peu de recherches ont été effectuées auprès des personnes à faible revenu, et ce, même si leurs taux de participation sont très faibles. Outre le revenu, le type de quartier (nantis ou moins bien nantis) a aussi une influence sur les opportunités de participation aux pratiques préventives. Clark (2007) indique par exemple que les efforts de cessation du tabagisme dans les milieux moins favorisés se font plus difficilement, car la consommation de cigarette y est plus répandue et davantage acceptée. Enfin, même si les facteurs environnementaux n'ont pas

été étudiés en profondeur jusqu'à maintenant, il demeure évident que l'environnement social a un impact sur la perception du corps, l'adoption des pratiques préventives et la décision de participer aux programmes de RC.

On ne saurait passer sous silence l'étude ethnographique d'Elizabeth E. Wheatley (2006), la seule étude à notre connaissance qui traite en détail de la RC. Cette étude a apporté des connaissances approfondies dans ce domaine plus particulièrement en ce qui a trait au « coping » et au « reskilling ». Ces deux concepts centraux sont prépondérants dans le texte de Wheatley et ils permettent de décrire les processus d'adaptation et de réadaptation rencontrés lors d'une situation de maladie. Le concept de « coping » décrit le processus d'apprentissage et d'adaptation à la maladie cardiaque et celui de « reskilling », comme une forme d'engagement corporel et émotif visant à composer avec les symptômes de la maladie cardiaque et engageant une réflexion sur sa réadaptation. Les styles de « reskilling » qui sont énoncés dans le tableau 4 offrent une typologie pour décrire la façon dont les gens réagissent à la maladie et comment ils répondent aux demandes des médecins et des professionnels de la RC. Wheatley (2006) indique que les personnes souffrant de maladies cardiaques varient l'intensité de leur « reskilling » tout au long de leur maladie; il n'est donc pas fixe ou constant et évolue dans le temps. L'auteur décrit sept styles de « reskilling » (p.95 à 100) qui sont résumés et décrits dans le tableau 4 et qui permettent de comprendre les réactions individuelles devant la RC. La notion de style de Wheatley s'inspire du travail d'Anatole Broyard (1992) : « *I would advise every sick person to evolve a style of develop a voice for his or her illness. In my own case I make fun of my illness... Adopting a style for your illness is another way of meeting it on your own grounds...* » La chercheuse a utilisé une combinaison de méthodes

de recherche qui l'a amené dans les hôpitaux, les cliniques de réadaptation cardiaque et au domicile des participants. Elle a fait de l'observation pendant une année dans un hôpital, a conduit des entrevues avec des personnes hospitalisées et a dirigé des groupes de discussion sur l'expérience de la maladie cardiaque. Ces différentes méthodes lui ont permis d'interagir avec les patients à diverses périodes de leur maladie.

Tableau 4. Résumé des sept styles de « reskilling » *

Types de « reskilling »	Description
1. « Éthique d'exactitude »	- Les individus souffrants de MC adhèrent rigoureusement aux recommandations d'experts et collaborent dans la poursuite d'activités de réduction des facteurs de risque. - Ils se divisent en deux catégories : 1) ceux qui éprouvent du plaisir et de la satisfaction à travers leurs accomplissements et leurs efforts enthousiastes et 2) ceux qui éprouvent différents degrés de ressentiment, rage et peur (ce type de personnes n'éprouve pas de plaisir durant le processus de RC)
2. « Éthique de résignation »	- Ils n'apprécient pas les activités reliées au « reskilling ». - Ils adoptent une vision négative/pessimiste et ils abandonnent majoritairement la RC. - Ils se résignent à cause de la douleur et de la dépression.
3. « Éthique du jeu »	- Ils s'investissent dans les tâches reliées à la RC (modification de l'alimentation, augmentation de l'activité physique, cessation du tabagisme) et démontrent de la confiance envers les experts. - Ils adoptent une attitude positive envers la réduction des facteurs de risques. - Ils s'intéressent à la RC grâce à leur approche par le jeu et ils aiment faire rire les autres participants
4. « Éthique de l'évasion »	- Ils ne font pas toujours confiance aux experts au sujet des risques pour la santé. - Ils évitent les questions des intervenants. - Ils s'investissent parfois dans les activités d'apprentissage.

Tableau 4. Résumé des sept styles de « reskilling » (suite)

Types de « reskilling »	Description
5. « Éthique de contestation »	- Ils suivent partiellement les recommandations en ce qui a trait aux pratiques préventives. - Ils protestent de façon humoristique contre les pratiques préventives qu'ils doivent adopter. - Ils remettent en question les recommandations et se plaignent des procédures routinières.
6. « Éthique d'expérimentation »	- Ils sont moins enclins à communiquer avec leur médecin, car ils désirent régler leurs problèmes eux-mêmes. - Ils utilisent des remèdes maison, sont d'avidés consommateurs de médecines alternatives et incorporent les recommandations de leur entourage. - Ils ont confiance en leurs moyens de gestion de la maladie.
7. « Éthique du compromis »	- Ils trouvent des compromis entre les efforts demandés par les professionnels de la santé et les efforts qu'ils sont prêts à investir dans leur rétablissement. p. ex., diminuer la consommation de cigarettes au lieu d'arrêter complètement. - Ils sont sélectifs dans l'amélioration de leurs pratiques préventives.

*Résumé et adaptation Wheatley, 2006, p.95-100.

L'étude de Wheatley (2006) contribue de façon significative au domaine de la RC, mais elle s'est peu penchée sur le statut socioéconomique de ses participants. Quelques entrevues lui ont permis de constater que les membres des classes moyennes ont davantage de temps libre et un meilleur accès à des activités physiques que les classes moins bien nanties.

2.4 Les solutions pour améliorer les programmes de RC

Même si les bénéfices des programmes de RC sont considérables, le taux de participation aux programmes de RC demeure très faible (Grace et coll. 2002). Une lecture approfondie au sujet de la faible participation aux programmes de RC nous indique que quelques études ont proposé des solutions à ce problème. Ces solutions peuvent être résumées en trois types de recommandations : 1) la variation de l'offre de programmes de RC; 2) l'amélioration de la communication d'information au patient; 3) l'utilisation d'approches innovatrices.

Premièrement, il serait bénéfique de varier l'offre de programmes de RC, notamment en adoptant davantage de programmes communautaires ou de programmes à domicile. En tout premier lieu, les soins de la majorité des patients ayant eu un infarctus du myocarde ou une chirurgie peuvent être prodigués à l'intérieur d'un programme communautaire. L'avantage principal de ce type de programme est la proximité des services pour ceux qui ont des besoins plus spécifiques (c.-à-d., condition sévère ou arythmies) (Thompson, 2002). De plus, certaines personnes préfèrent participer aux programmes communautaires ou à domicile (Blackburn et coll. 2000; Filip et coll. 1999). Enfin, selon Condon et coll. (2006) la meilleure façon de modifier les habitudes de vie serait de permettre aux individus de participer activement au changement de mode de vie

(RC communautaire) plutôt que de leur demander d'assimiler passivement des informations (RC en milieu hospitalier).

Certaines formes de programmes à domicile tel que le Colorado Kaiser Permanent Cardiac Rehabilitation (KPCR, Denver Colorado) permettent d'augmenter le taux de participation et facilitent l'adoption d'un nouveau style de vie. Ce programme de durée illimitée comprend un processus de recrutement proactif qui s'adapte à la situation de chacun. Dans les programmes traditionnels à durée limitée, la participation à toutes les séances du programme de RC ne garantit pas que les participants modifieront leur style de vie à long terme. Dans le programme KPCR, c'est l'infirmière responsable du patient qui détermine la réussite du programme en fonction de l'atteinte des objectifs de modification du style de vie. L'étude de Ratchford et coll. (2004) évalue le taux de participation ainsi que le taux de succès du programme KPCR. Bien que l'attention soit peu dirigée vers les populations vulnérables, les résultats pour l'ensemble des personnes atteintes de MC sont tout de même convaincants, car 41 % de tous les patients participent au programme KPCR et 75 % de ces participants réussissent le programme en modifiant leur mode de vie à long terme. De plus, le taux de participation observé lors de cette étude (41 %) demeure plus élevé que celui que l'on peut observer pour les autres types de programmes de RC (6-28 %) (King, 1999; Harlan, 1995).

Deuxièmement, il serait essentiel d'améliorer la communication d'information au patient, puisqu'après une intervention chirurgicale plusieurs d'entre eux oublient les recommandations qui leur ont été transmises. À ce sujet, Wyer et coll. (2001c) suggèrent de transmettre par écrit l'information concernant la RC en mentionnant clairement leurs objectifs et leurs bénéfices (Wyer et coll. 2001c). Cette documentation pourrait aussi

inclure la recommandation écrite du médecin (Wyer et coll. 2001c).

Troisièmement, il devient urgent d'adopter des approches innovatrices afin de répondre aux besoins de recrutement et de rétention des patients dans les programmes de RC (Ratchford et coll. 2004). À ce sujet, Thompson (2002) propose d'avoir recours aux médias électroniques. L'utilisation d'Internet permettrait de s'adapter à la situation de chaque patient (Thompson, 2002) en permettant la transmission d'informations au sujet des programmes d'exercices structurés ainsi que sur les facteurs de risques (Leon et coll. 2005). L'utilisation de médias électroniques est très pertinente pour les patients à risques faibles et modérés, car ils constituent la majorité des patients qui devrait participer au programme de RC et qu'ils ont des taux de participation plus faibles (Wenger, 2008). D'ailleurs, les programmes à domicile comportent des avantages intéressants puisqu'ils peuvent débiter dès le retour à la maison et qu'ils permettent à la famille de s'investir dans le processus (Thompson, 2002). Enfin, comme la relation entre le professionnel de la santé et le patient est essentielle, l'utilisation de médias électroniques pourrait être une méthode interactive complémentaire aux programmes de RC traditionnels.

2.5 Conclusion

La faible participation aux programmes de RC semble reconnue comme un problème prioritaire pour la recherche (Wenger et coll. 1999; Beswick, 2005). Les études recensées ont traité majoritairement des facteurs psychologiques, logistiques et biologiques, mais peu d'entre-elles se sont penchées sur les facteurs socioculturels tels le genre ou la classe sociale. À notre connaissance, aucune étude n'a traité spécifiquement des besoins et des interventions en RC chez les populations SÉD. Il est d'autant plus crucial d'accorder une attention particulière à cette population, dans un contexte de

vieillissement de la population, où le nombre de personnes atteintes de MC augmentera significativement. Sachant cela, la présente recherche permettra de mieux comprendre le contexte social (forgeant les perceptions et l'appréciation) qui influence la participation aux programmes de RC chez les groupes SÉD. La théorie socioculturelle permettra d'analyser la RC en tant que pratique de santé. L'analyse du rapport au corps des hommes SÉD permettra de combler le manque d'information à l'égard des pratiques de RC. Ainsi, il sera possible de formuler des recommandations afin d'adapter les programmes de RC aux hommes SÉD qui sont durement touchés par les problèmes cardiovasculaires. Une étude portant sur cette problématique contribuera à approfondir nos connaissances en santé publique auprès des groupes vulnérables.

Chapitre 3 : Cadre théorique

Ce projet de recherche se penche sur l'adhésion aux pratiques préventives dans le contexte de la RC des hommes socioéconomiquement défavorisés (SÉD). Afin d'encadrer la recherche, nous proposons un cadre théorique provenant de la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu, plus précisément sur le concept d'habitus corporel. Nous effectuerons une brève description de ce concept et préciserons son utilité et ses limites dans le cadre de la présente recherche.

3.1 Théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu

Le cadre théorique du projet retient principalement l'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu, notamment le concept d'habitus corporel (rapport au corps) (Bourdieu, 1979; Boltanski, 1971). L'habitus corporel peut être défini comme l'ensemble des schèmes de dispositions, de perceptions et d'appréciation envers son corps, à la manière de le traiter, de l'entretenir, de le soigner, etc. (Bourdieu, 1979). Il résulte d'une socialisation effectuée dans le parcours de vie des individus et est façonné par les conditions d'existence (matérielles, familiales et sociales) caractéristiques d'un milieu social donné. Parmi celles-ci, les conditions de classes sociales (qui peuvent être représentées par le volume de capital économique et culturel détenu par un groupe social) participent à forger une vision du monde et un rapport au corps particulier. Le point de vue proprement sociologique de cette approche est caractérisé par le fait que les styles de vie des groupes sociaux seraient le résultat d'un façonnement socioculturel, déterminé par la structure des chances de vie offertes (ou refusées) par l'environnement social des groupes sociaux. Ainsi, l'adoption de pratiques préventives serait davantage le produit d'une socialisation que le produit d'un « calcul rationnel » visant à améliorer la santé.

L'habitus est un concept central de la théorie de Bourdieu et a été défini à plusieurs reprises dans son œuvre. Pour Bourdieu, l'habitus comprend l'ensemble des perceptions, appréciations et dispositions qui caractérisent un groupe d'individus (1980). Ceux-ci influencent de façon inconsciente les pratiques des individus. Tel que présenté par Bourdieu (1980) :

Les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des habitus, systèmes de dispositions durables et transposables [fonctionnant comme principes] générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leur but sans supposer la visée consciente de fins et la maîtrise expresse des opérations nécessaires pour les atteindre, objectivement réglées et régulières sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles, et, étant tout cela, collectivement orchestré sans être le produit de l'action organisatrice d'un chef d'orchestre (p.88).

Une autre définition plus récente de l'habitus renvoie aux :

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

Lorsque ce concept est appliqué au corps, l'habitus peut être décrit comme l'habitus corporel ou le rapport au corps. Les schèmes de perceptions, de dispositions et d'appréciation orientent le degré d'attention ou d'intérêt que l'on porte à son corps. Ce serait les conditions d'existence d'une même classe sociale, des principes d'identification et de différenciation de classe qui façonneraient l'habitus, qui en retour engendrerait un ensemble de pratiques constitutives d'un style de vie. Bourdieu (1979) a décrit plusieurs types de rapports au corps.

Dans son étude sur le sport et la classe sociale, Bourdieu (1978) identifie

différents rapports au corps selon les classes sociales; les classes ouvrières par exemple seraient davantage caractérisées par un rapport au corps instrumental, alors que les classes privilégiées adopteraient davantage un rapport au corps hygiénique.

Bourdieu (1979) évoque ces rapports au corps de la façon suivante :

Le rapport instrumental au corps propre que les classes populaires expriment dans toutes les pratiques ayant le corps pour objet ou enjeu, régime alimentaire ou soins de beauté, rapport à la maladie ou soins de santé, se manifeste aussi dans le choix de sports demandant un grand investissement d'efforts, de peine ou même de souffrance (comme la boxe) et exigeant parfois une mise en jeu du corps lui-même... (p.234).

... la culture physique et toutes les pratiques strictement hygiéniques telles que la marche ou le footing sont liées par d'autres affinités aux dispositions des fractions les plus riches en capital culturel des classes moyennes et de la classe dominante : ne prenant sens, le plus souvent, que par rapport à une connaissance toute théorique et abstraite des effets d'un exercice qui, dans la gymnastique, se réduit lui-même à une série de mouvements abstraits, décomposés et organisés par référence à une fin spécifique et savante (par exemple « les abdominaux »)... (p.236).

Dans la présente recherche, le concept de rapport au corps sera utilisé de façon similaire à Bourdieu (1979). Nous tenterons, à l'aide des entrevues, de comprendre certaines dispositions corporelles des hommes provenant de milieux défavorisés. Plus précisément, nous allons vérifier quelles sont les perceptions, l'appréciation et les dispositions de ces hommes à l'égard des pratiques de RC et ce qui le différencie de ceux des hommes mieux nantis.

3.1.1 Utilisation de la théorie de Bourdieu dans les recherches sur les pratiques préventives

Les concepts d'habitus et de rapport au corps ont été utilisés dans plusieurs études pour rendre compte de la variation sociale des pratiques préventives (voir Williams, 1995; Boltanski 1971; Calnan et Williams 1991). Selon l'étude théorique de Williams (1995), l'approche Bourdieusienne a l'avantage d'expliquer le lien entre les

conditions d'existence (capital social, culturel, matériel et symbolique) et les pratiques. L'auteur spécifie que le rapport au corps et les pratiques préventives qui l'accompagnent sont différents pour chaque classe sociale. Par exemple, selon l'auteur, les travailleurs manuels travaillant intensivement avec leur corps sont moins enclins à faire des activités physiques dont l'objectif serait de maintenir sa santé.

Dans son texte classique sur les usages sociaux du corps, Boltanski (1971) se penche sur l'explication complexe de la variation sociale de la consommation médicale en utilisant le concept d'habitus de Pierre Bourdieu. L'auteur suggère par exemple que les différents types de rapports au corps seraient à l'origine de la consommation inégale des soins médicaux entre les différentes classes sociales. Autrement dit, la fréquence du recours au médecin est déterminée par l'intensité du besoin médical ressenti par les membres de chaque classe ou l'intensité à laquelle ceux-ci perçoivent et tolèrent leurs sensations morbides. Une autre différence marquée par la classe sociale se retrouve dans le rapport avec le médecin. Toujours selon Boltanski (1971) d'une part, les membres des classes favorisées, qui appartiennent à la même classe sociale que leur médecin, entretiennent avec lui des rapports de familiarité. Ils indiquent que le dialogue avec leur médecin est facile, cela s'explique par le fait qu'ils utilisent le même langage ou les mêmes représentations mentales qui proviennent de l'éducation. D'autre part, les membres des classes populaires expriment plutôt que l'examen médical est trop rapide, que leur médecin utilise des mots incompréhensibles ou qu'ils ne se sentent pas à l'aise de parler de leurs problèmes personnels. Bref, la distance sociale qui les sépare limite de façon considérable la communication lors de l'examen médical (Boltanski, 1971).

L'étude qualitative de Calnan et Williams (1991) a également pour objet le

rapport au corps, plus particulièrement en ce qui a trait aux pratiques préventives (tabagisme, activités physiques, alimentation) des classes sociales. Les auteurs mettent l'accent sur la valeur symbolique du tabagisme et de l'activité physique chez les classes SÉD. À ce sujet, ils ont pu observer une variation sociale en ce qui a trait aux perceptions du tabagisme. Chez les groupes SÉD, la raison principale pour cesser de fumer est la manifestation physique de la maladie dans leur vie, alors que chez les groupes plus favorisés l'accent est plutôt sur les dangers et les risques potentiels du tabagisme. En ce qui a trait à la pratique d'activités physiques, il semble également exister une variation sociale dans sa signification profonde. D'une part chez les classes SÉD, l'activité se rapporte souvent aux tâches et activités liées à l'entretien domestique. D'autre part, chez les classes favorisées la pratique d'activités physiques tend plutôt à avoir un objectif de loisir et de récréation.

Dans son étude sur le contexte social du tabagisme, Poland et coll. (2006) décrivent quelques éléments reliés à l'environnement social qui permettent de mieux comprendre le phénomène du tabagisme. Les auteurs soulignent que Bourdieu a démontré un lien rapproché entre la classe sociale et le rapport au corps, ce qui suggère que non seulement le type de cigarette (marque), mais aussi comment, où et avec qui l'on fume est fortement influencé par la position sociale et le capital culturel. Les auteurs terminent en mentionnant que l'étude du contexte social du tabagisme serait une des meilleures stratégies de réduction du tabagisme dans les quartiers SÉD.

En s'appuyant sur le concept d'habitus corporel, la présente étude se penche sur les significations sociales et les dispositions des participants à l'égard des pratiques préventives constitutives des programmes de RC.

3.2 Modèle d'analyse

Dans le premier article nous débutons par l'analyse des pratiques préventives (alimentation saine, cessation du tabagisme, activités physiques, suivre les prescriptions du médecin, participation au programme de RC). Cette analyse nous permet de former deux thèmes principaux, à savoir le rapport aux pratiques préventives et les dispositions à participer au programme de RC. De façon générale, les résultats du premier article démontrent le rapport au corps des hommes moins bien nantis en contexte de RC (voir figure 1).

Dans le deuxième article nous comparons les dispositions aux pratiques préventives de deux classes socioéconomiques, la classe moyenne (catégorie 2a, 2b) et la classe de défavorisation matérielle et sociale faible et élevée (catégorie 1a, 1b) (voir le tableau 5). L'analyse des facteurs de différenciation entre deux classes sociales en contexte de RC a permis de former trois thèmes, à savoir le degré d'attention à la maladie, les dispositions à la prévention et l'intégration du discours sur la santé préventive (voir figure 2). Ces thèmes favorisent la compréhension de la différenciation du rapport au corps chez des hommes de deux classes socioéconomiques différentes.

Tableau 5. Description des classes sociales

1. Défavorisation matérielle et sociale	
a) Défavorisation élevée : sans emploi stable, fréquente les soupes populaires, banques alimentaires, maisons de chambre et centres d'hébergement.	n=20
b) Défavorisation faible : Sans emploi stable, réside dans une habitation à loyer modique (HLM), nécessite un soutien du gouvernement pour se loger et occasionnellement pour se nourrir.	n=11
2. Classes moyennes inférieure et supérieure	n=18
a) Col bleu, faible scolarité, habite un secteur SÉD, inquiétudes financières faibles à importantes.	n=11
b) Col blanc, forte scolarité, habite un quartier favorisé, aucune inquiétude financière.	

Figure 1. Modèle d'analyse article 1

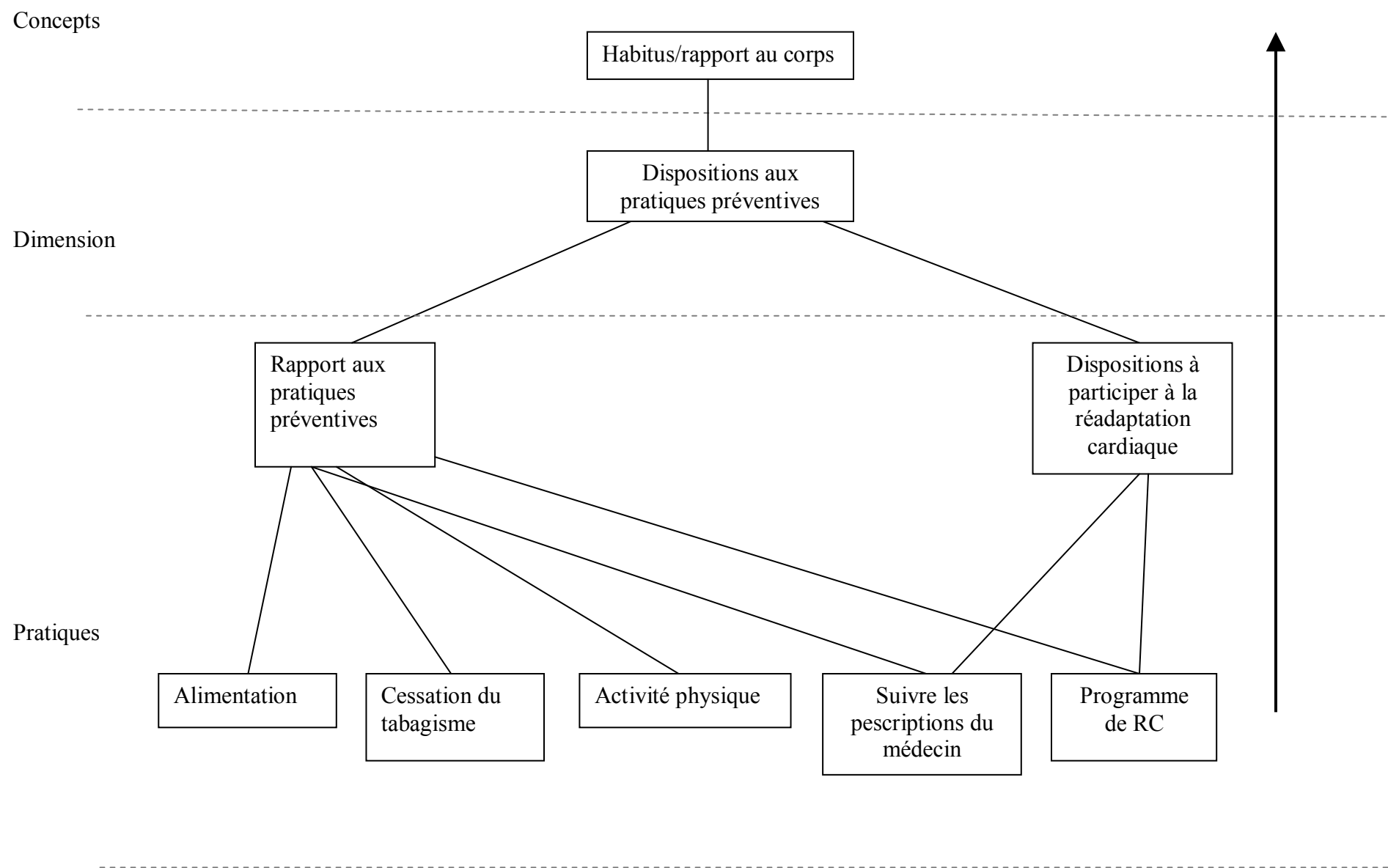
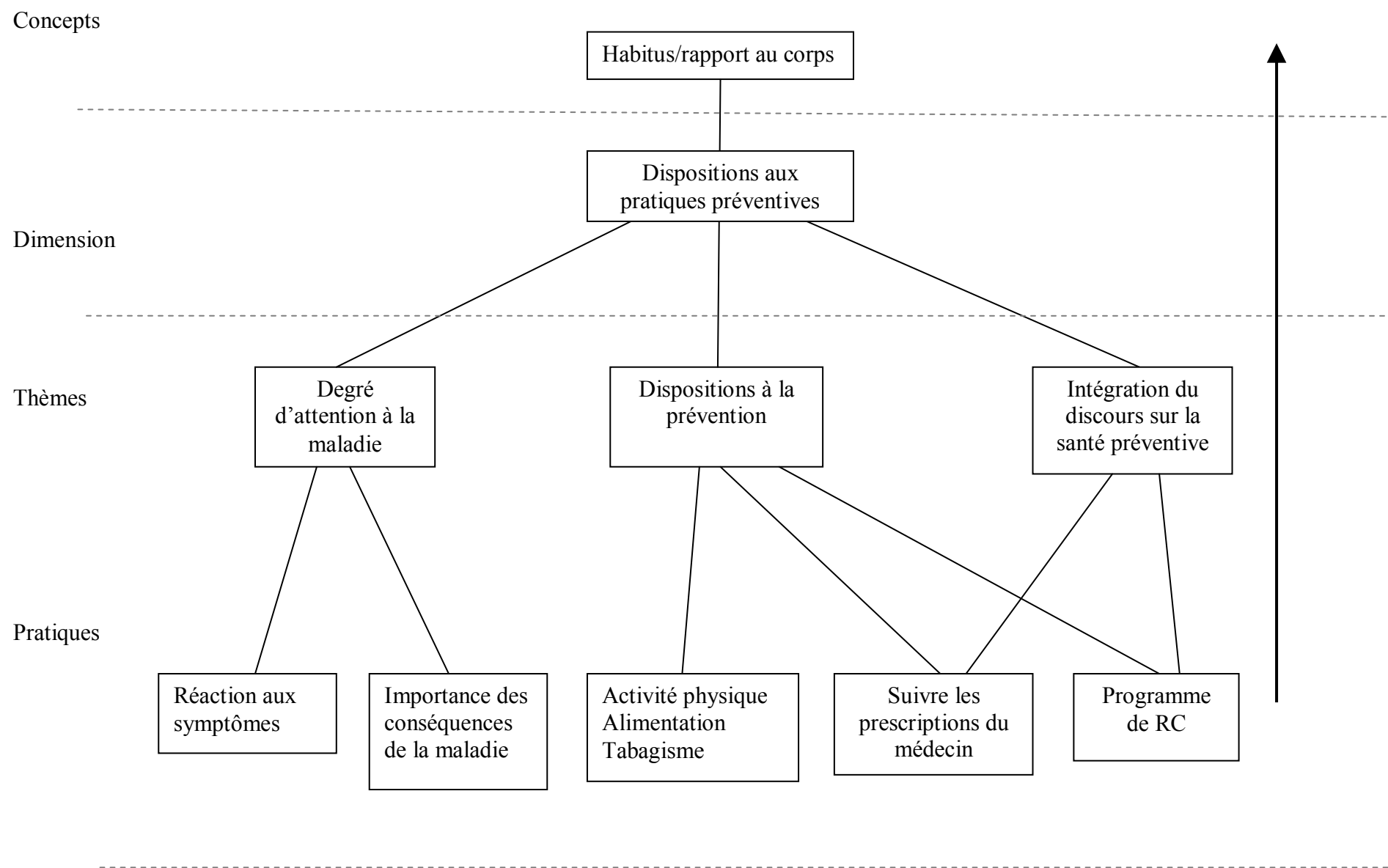


Figure 2. Modèle d'analyse article 2



Les modèles d'analyses précédents nous permettent d'opérationnaliser le concept de rapport au corps et l'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu. Après avoir établi la question recherche, il a été possible de bâtir le guide d'entretien (annexe 6) en se basant sur la théorie. Ensuite, l'analyse des résultats s'est effectuée de deux façons importantes, c'est-à-dire verticalement et horizontalement. L'analyse verticale signifie que pour chaque participant, les pratiques indiquées dans les modèles d'analyse (figures 1 et 2) ont été analysées. L'analyse horizontale désigne la comparaison des participants entre eux et en tenant compte de leurs différentes classes sociales. En regroupant les informations significatives et similaires, les thèmes indiqués dans les modèles d'analyse (figures 1 et 2) ont été formés. Enfin, l'information contenue dans chacun des thèmes a été raffinée à l'aide des concepts et de la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu. La flèche illustrée dans les deux modèles d'analyse (figures 1 et 2) indique le sens qui a été utilisé pour effectuer l'analyse des données.

3.3 Conclusion

Le choix de la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu a été basé sur plusieurs facteurs déterminants. Tout d'abord, cette théorie offre une approche qui favorise la compréhension de l'effet des conditions d'existences sur la façon de traiter son corps et la façon d'adopter des pratiques préventives, ce qui correspond adéquatement à notre objectif de recherche. Ensuite, cette théorie détient une forte crédibilité puisqu'elle a été confrontée à une diversité de données empiriques et a été utilisée pour étudier différentes pratiques. Enfin, le concept de rapport au corps a déjà été utilisé dans plusieurs études afin de rendre compte de la variation sociale de la pratique.

Chapitre 4 : Méthodologie

Tableau 6. Résumé de la méthodologie

Le protocole de recherche
Design de type qualitatif, approche interprétative
L'échantillon de recherche
Francophones de l'Outaouais urbain, ayant eu un incident cardiovasculaire nécessitant une intervention médicale et une hospitalisation, être autonome, résident de milieux SÉD et de milieux favorisés. L'échantillon est composé de 60 participants.
Méthodes de recrutement
1) Programme de RC du CSSSG 2) Organismes communautaires 3) Affiches et publicités
Les considérations éthiques
Comité d'éthique de l'Université d'Ottawa, Comité d'éthique du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, formulaire de consentement éclairé, anonymat et confidentialité, droit de cesser l'entretien à tout moment.
Collecte de données
Entrevues semi-dirigées d'environ 90 minutes Guide d'entrevue : 1) Caractéristiques et trajectoires socioéconomiques 2) Expérience de la maladie cardiovasculaire 3) Ressources matérielles et humaines disponibles pour l'AP 4) Perceptions, appréciation et dispositions à l'égard des pratiques préventives en santé (alimentation, consommation de médicaments, suivis médicaux préventifs, etc.)
Cadre conceptuel
Approche de Pierre Bourdieu : Habitus, rapport au corps
Analyse des données
Regroupement par catégories, analyse verticale (conditions de vie et biographies personnelles), analyse transversale (perceptions différentes de la prévention, différents niveaux de pratiques d'AP).
Critères de scientificité
Descriptions riches et complètes, rétroaction par les pairs.

L'objectif de cette recherche est de combler le manque d'information à l'égard des pratiques de RC d'hommes de milieux SÉD, afin de déterminer les facteurs sociaux qui peuvent les inciter à adopter des pratiques de RC. Les pratiques préventives comprennent dans le cadre de cette étude l'alimentation saine, la pratique régulière d'activités physiques, la consommation de médicaments prescrits et la cessation du tabagisme. La promotion de ces pratiques préventives fait partie des programmes les plus communs de RC.

Un devis de recherche de type qualitatif a été sélectionné puisqu'il permet de donner un sens aux expériences vécues (Denzin et Lincoln, 1994; Pope et Mays, 2006). Selon Denzin et Lincoln (1994), la recherche qualitative souligne la construction sociale de la réalité. Dans le cas de la présente recherche, nous cherchons à comprendre la construction sociale de la maladie cardiaque (MC)¹ et des perceptions envers les programmes de RC. La recherche qualitative a pour objectif d'interpréter les phénomènes sociaux (interactions, comportements, etc.) en faisant ressortir les significations sociales données par les individus (Denzin et Lincoln, 1994).

4.1 Échantillon de recherche

Cette étude s'inscrit dans le contexte d'une étude qualitative plus vaste intitulée « *Hommes, pauvreté et réadaptation cardiaque* » (Dumas, 2007). Au total, 60 entrevues ont été effectuées auprès d'hommes de milieux défavorisés et bien nantis. Dans le but de répondre aux objectifs de l'étude, l'échantillonnage dit intentionnel (Deslauriers et Kérisit, 1997) a été utilisé. Cela signifie que les hommes de l'échantillon devaient répondre aux critères de sélection. Les critères de sélection pour le

¹ Le terme maladie cardiaque, dans le cadre de cette thèse, inclut les maladies suivantes : arrêt cardiaque, cardiopathie, infarctus du myocarde, cardiomyopathie, angine et insuffisance cardiaque.

deuxième article vont comme suit :

- Être francophones de la région de l'Outaouais urbain (l'utilisation de la première langue pour le participant et pour l'intervieweur facilite la communication);
- Avoir eu un incident cardiovasculaire depuis au moins une année nécessitant une intervention médicale et requérant une hospitalisation;
- Être considérés « autonomes » selon les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec²;
- Être résidant d'un milieu SÉD ou bien nanti selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec³.

Pour le deuxième article, l'échantillon est composé de 22 participants d'un âge moyen de 49 ans, francophones de la région de l'Outaouais urbain; ayant subi un incident cardiovasculaire nécessitant une intervention médicale et requérant une hospitalisation; n'ayant pas participé aux cinq séances d'information sur la réadaptation cardiaque ou ayant abandonné avant la troisième séance; étant considéré « autonome » selon les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; et habitant un milieu socioéconomiquement défavorisé. Nous avons choisi les hommes qui n'ont pas participé au programme de réadaptation cardiaque, ainsi il est plus facile de comprendre ce qui peut les inciter à participer au programme.

² Une personne est considérée autonome si ses besoins sont inférieurs à une heure-soins/jour et qu'elle n'a pas besoin d'aide pour les activités quotidiennes telles que manger, se lever, s'habiller, se laver, etc.

³ Cet indice est construit à l'aide de « deux composantes dont le contenu se rapproche des deux dimensions matérielle et sociale de la défavorisation, en associant la première à la scolarité, l'emploi et le revenu, et la seconde à l'état matrimonial, la monoparentalité et le fait de vivre seul. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011)

4.2 Recrutement des participants

Deux méthodes de recrutement ont été utilisées afin d'obtenir un nombre suffisant de participants. La première méthode (Phase 1) consistait à travailler en collaboration avec le Programme de réadaptation cardiaque du CSSSG afin d'envoyer les lettres de recrutement (annexe 2) tout en conservant l'anonymat des patients (annexe 3). La méthode de recrutement de participants de recherche est le produit de discussions entre : 1) l'équipe de recherche (chercheur principal et étudiants chercheurs) et 2) le Programme de réadaptation cardiaque du CSSSG (ce programme est formé d'un ensemble de services, dont les rencontres de suivis cliniques, les consultations et les suivis individuels avec les professionnels et les volets d'enseignement). Ces services visent à informer et sensibiliser les populations cardiaques aux habitudes de vie saines et aux soins de santé recommandés pour maintenir et améliorer la santé; et 3) le Comité d'Éthique à la Recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa.

À l'automne 2007, la personne responsable du programme de réadaptation cardiaque du CSSSG a été informée par le chercheur principal (Alexandre Dumas) de la nature de l'étude lors d'une rencontre (annexe 4). Lors de cette rencontre, la personne responsable a aussi été informée de l'échantillon d'hommes recherchés. Après quelques rencontres, voici les étapes de recrutement effectuées.

Dans un premier temps, l'équipe de recherche a logé une demande d'extraction de données, afin d'obtenir deux listes d'hommes ayant suivi le programme de RC (annexe 5). La première liste a été conservée par la directrice des programmes de RC et contient tous les noms et les adresses des participants recherchés. La deuxième liste a été remise à l'équipe de recherche et ne contenait pas les noms des personnes. Elle a servi à

repérer les individus souffrant d'une maladie cardiovasculaire en fonction des quartiers de l'Outaouais visés par l'étude (recherche par codes postaux). L'équipe de recherche a ensuite fourni les résultats de cette sélection à la directrice des programmes de RC qui les a fait parvenir au technicien informatique afin de combiner les noms et les adresses dans un format « étiquette » (les membres de l'équipe de recherche n'ont pas vu les noms des patients). Ce fichier de noms (ou l'ensemble des étiquettes) a été envoyé à la directrice des programmes de RC. À cette étape, un responsable du Centre de RC a embauché un membre de son personnel pour préparer les envois. Cet envoi a été fait au nom de l'équipe de recherche. Il informait les hommes de la nature de l'étude, indiquait que le service de réadaptation constituait un intermédiaire pour l'envoi des lettres et incluait les coordonnées du chercheur principal afin que celui-ci puisse être contacté si les hommes étaient intéressés à participer à l'étude (annexe 2). Cette lettre a été conçue de manière à permettre aux individus de faire un choix libre et éclairé.

Noter qu'à des fins de confidentialité, cette lettre indique a) que le personnel CSSSG n'a obtenu aucune information sur leur acceptation ou refus de participer à l'étude et b) que les chercheurs n'ont en aucun temps eu accès aux listes de noms des patients du Programme de réadaptation cardiaque du CSSSG. Par ailleurs, il est aussi indiqué qu'aucun suivi ne serait entrepris auprès d'eux après cet envoi. Les chercheurs de l'étude étaient très sensibles au fait que les hommes contactés ne devaient, en aucun cas, ressentir une pression à participer à l'étude. Enfin, ceux qui étaient intéressés à participer ont pu contacter le chercheur principal de leur propre chef.

Après avoir été contacté par le participant, un membre de l'équipe de recherche a expliqué dans un langage simple les tenants et aboutissants du projet ainsi que les

conditions de l'entrevue (anonymat et confidentialité). Ensuite, le participant a été invité à participer au projet et dans le cas d'une acceptation volontaire de participation, une date d'entrevue a été fixée.

La deuxième méthode (Phase 2) consistait à entrer en contact avec les groupes SÉD par le biais de présentations, de publicités et de rencontres dans les organismes communautaires et les lieux publics des différents quartiers préalablement ciblés. Cette méthode nous a permis de cibler les hommes qui n'ont pas participé aux programmes de RC et vivant dans les zones urbaines les plus SÉD (secteurs de l'île de Hull, Lac Beauchamp, Pointe Gatineau et Mont-Bleu Est) et les plus socioéconomiquement favorisées (secteurs du Plateau, Côté d'Azur, du Moulin, Hautes Plaines et Mont-Bleu Ouest). En premier lieu, nous avons rencontré les directeurs de cinq organismes (soupe populaire de Hull, la banque alimentaire de l'Île de Hull, soupe populaire de Gatineau, Comité des résidents du secteur Daniel-Johnson de Hull, les Enfants de l'Espoir) qui ont pour clientèle cible la population SÉD. À la suite de leur approbation, nous avons effectué une présentation lors d'une activité afin de décrire notre recherche et solliciter la participation des personnes intéressées. En outre, un court article décrivant la recherche a été publié dans la revue communautaire de l'Île de Hull et des affiches ont été apposées dans une dizaine d'organismes communautaires qui étaient situés dans les quartiers SÉD. Nous avons également fait de la sollicitation dans différents lieux publics toujours en nous présentant dans les quartiers SÉD.

Dans le but de déterminer les secteurs que nous devons cibler (défavorisés et favorisés), nous avons effectué le croisement entre les codes postaux, les aires de diffusion (plus petite unité géographique normalisée utilisée pour le recensement)

associées à deux catégories de revenu total médian (moins de 20 000 \$ et de plus de 44 000 \$).

4.3 Considérations éthiques

Les considérations éthiques du projet de recherche ont été élaborées dans le cadre de l'étude plus vaste intitulée « *Hommes, pauvreté et activité physique en contexte de réadaptation cardiaque* » (Dumas, 2007) et acceptée par le Comité d'éthique de l'Université d'Ottawa (annexe 7) ainsi que par le Comité d'éthique du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau (annexe 8). Avant le début de la collecte de donnée, chaque participant a signé un formulaire de consentement (annexe 9). Dans la situation où le participant ne savait pas écrire, la chercheuse lui expliquait le contenu du formulaire. Ensuite, le participant approuvait verbalement sa participation libre et éclairée à la recherche. Grâce à l'utilisation du formulaire, la chercheuse s'est assurée que le participant était informé des modalités de l'entrevue. Cela confirmait aussi l'engagement des chercheurs pour la conservation de leur anonymat ainsi que de leur confidentialité. Les participants étaient aussi avisés de l'enregistrement sonore des entrevues ainsi que de leur droit de cesser l'entretien à tout moment, sans que cela leur cause de préjudice. De plus, une compensation monétaire de 30 \$ a été offerte à chaque participant de l'étude (annexe 10).

4.4 Collecte des données

Un guide d'entrevue comportant quatre sections (annexe 6) a été utilisé afin d'encadrer les entrevues semi-dirigées. Les quatre sections incluent :

1. les caractéristiques et la trajectoire socioéconomique de la personne ainsi que les caractéristiques de son environnement social en terme de la qualité (telle que

- perçue) du soutien social;
2. l'expérience de la maladie cardiovasculaire telle que vécue à un moment particulier du parcours de vie de l'interviewé;
 3. les ressources matérielles et humaines disponibles et accessibles en matière de pratique d'activités physiques;
 4. l'histoire (trajectoire) personnelle en matière de perceptions, d'appréciation et d'attitudes au regard des pratiques préventives en santé (nutrition, consommation de médicaments, suivis médicaux préventifs, etc.) et d'activités physiques avec un accent particulier sur les programmes de RC.

L'entrevue de type semi-dirigée a été choisie parce qu'elle permet à la chercheuse d'adapter ses questions au discours de la personne interrogée et d'approfondir certains éléments de réponses. De plus, cette méthode favorise une discussion plus naturelle. Les entrevues d'une durée d'environ 90 minutes ont été enregistrées et se sont déroulées dans un emplacement choisi par la personne interrogée conformément aux règles du Comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa. Les deux premières entrevues ont été utilisées comme entrevues pilotes, c'est-à-dire qu'il a été possible d'évaluer la démarche utilisée ainsi que le contenu de l'entrevue avec le participant. À la suite de ces premiers entretiens, la chercheuse a pu poser des questions aux participants concernant le déroulement de l'étude. Elle a également consigné ses propres commentaires sur le déroulement de l'entrevue ainsi que sur le contenu recueilli lors des entrevues. Cette démarche permet d'ajuster l'entrevue afin d'assurer un meilleur déroulement et un meilleur confort des participants. Les questions ont été également ajustées afin de permettre d'obtenir les informations nécessaires à la résolution de la problématique. Au

début de chaque entrevue, la fiche d'identification du participant (annexe 11) qui contient des informations sociodémographiques a été complétée. Cette fiche a servi à mettre en contexte l'entrevue lors de l'analyse. Après chacune des entrevues, la chercheuse a rempli la fiche post-entrevue (annexe 12) afin de pouvoir contextualiser les extraits d'entrevues lors de leur analyse.

Afin de se préparer aux entrevues, certains éléments provenant de Pierre Bourdieu (1993) ont été pris en considération. Cet auteur discute des différents éléments afin d'assurer le bon déroulement de l'entrevue. Nous avons tenu compte du principe selon lequel la chercheuse doit être consciente de *la relation de supériorité* qui existe à cause des différentes conditions sociales (classe moyenne/pauvre, universitaire/faible éducation). À cet effet, les questions ont été formulées de façon à atténuer cet écart et à éviter une attitude qui aurait pu être perçue comme étant méprisante. Un autre élément nécessaire dans la construction des questions consiste à remettre en question toutes les préconstructions et les présupposés reliés à notre recherche. À titre d'exemple, il a été nécessaire de vérifier la conception du participant sur certains éléments de la recherche (RC, maladie cardiaque, bonne alimentation, activités physiques).

Par ailleurs, selon Pierre Bourdieu (1993), afin d'adopter une *communication non violente*, il est primordial d'adopter un niveau linguistique qui se rapproche de celui de la personne interrogée et d'adopter des signes non verbaux qui encouragent la collaboration des personnes interrogées. L'écoute s'est effectuée de façon active et méthodique, c'est-à-dire qu'elle s'est totalement disposée et consacrée aux entrevues. Cela fut essentiel, afin de pouvoir comprendre l'histoire vécue, ainsi que les sentiments et les pensées des individus interrogés.

4.5 Analyse des données

Nous voulons signifier que les étapes de la collecte de données ainsi que l'analyse de données se sont effectuées de façon itérative (Creswell, 1998). Les entrevues ont été transcrites et intégrées dans le logiciel de traitement de données qualitatives N-Vivo8. Le codage des entrevues s'est effectué grâce aux indicateurs, aux concepts et à la théorie présentée à la figure 2 du cadre théorique. L'analyse de contenu par thème fut la méthode privilégiée. Dans un premier temps, les données fournies par les interviewés ont été regroupées en catégories construites à partir de leurs affinités sémantiques. Cette démarche fut suivie d'une analyse des conditions de vie et des biographies personnelles de chacun des interviewés (analyse verticale) (Poupart et coll. 1997). Cette étape a permis d'exploiter le potentiel des concepts d'habitus corporel. Enfin, les données ont été étudiées dans une perspective comparative entre les plus socioéconomiquement défavorisés et la classe moyenne, ceux qui présentent des perceptions différentes de la prévention et ceux qui possèdent différents niveaux de pratique d'activités physiques (analyse transversale) (Poupart et coll. 1997). Les analyses verticales et transversales ont également permis de déterminer les liens entre les conditions de vie des participants, leurs pratiques d'activités physiques en contexte de RC et la période du parcours de vie à laquelle la maladie cardiovasculaire s'est manifestée.

4.6 Critères de scientificité

En recherche quantitative, la validité concerne surtout l'instrument qui est utilisé pour collecter les données qui permettent la généralisation des résultats. À l'opposé, en recherche qualitative il n'y a pas d'instrument ou encore de mesures pour récolter les données c'est plutôt le chercheur qui est l'outil de recherche (Creswell et Miller, 2000).

La validation (interne et externe) utilisée en recherche quantitative ne peut donc pas s'appliquer de la même façon en recherche qualitative. À ce sujet, Creswell et Miller (2000) suggèrent des stratégies afin d'assurer la validité en recherche qualitative. Nous avons retenu comme procédure, les descriptions riches et complètes ainsi que les rétroactions par les pairs.

Descriptions riches et complètes : il s'agit de décrire la méthode, les participants et les thèmes de façon détaillée. L'objectif de la description détaillée est de permettre aux lecteurs de bien saisir le contexte de la situation pour qu'elle soit réaliste. Afin de produire cet effet, la chercheuse a mis en contexte la vie des personnes étudiées ou encore le milieu de vie des participants. Dans le cas de la présente recherche, nous avons utilisé des citations provenant des participants afin d'illustrer chacun des thèmes émergents de la recherche et de décrire le milieu de vie du participant. Afin de nous aider dans cette étape, les annexes 11 et 12 ont été très utiles.

Rétroaction par les pairs : il s'agit de demander à un autre chercheur qui connaît bien le phénomène étudié de réviser la recherche. La rétroaction par les pairs a fourni un soutien et a permis d'approfondir les réflexions de la chercheuse.

4.7 Conclusion

La méthodologie employée comportait différents avantages améliorant la qualité des résultats. Les deux méthodes de recrutement ont permis de diversifier notre échantillon. D'une part, les lettres envoyées nous ont permis de contacter des hommes de différents milieux socioéconomiques ayant participé au programme de RC. D'autre part, le recrutement sur le terrain a permis d'obtenir les hommes qui n'ont pas participé au programme possédant un statut socioéconomique très faible (par exemple ceux qui ne

savent pas lire). Notre méthode de recrutement des participants se distingue de celles employées dans les recherches précédentes dans ce domaine. La majorité des chercheurs utilisaient des bases de données déjà existantes ou effectuaient leur premier contact directement lorsque les patients étaient stables à l'hôpital ou dans le cadre d'un programme de RC.

Chapitre 5 :

Article 1

La réadaptation cardiaque en contexte de défavorisation matérielle et sociale

Cindy Bergeron, Alexandre Dumas et Mathieu Savage

La réadaptation cardiaque en contexte de défavorisation matérielle et sociale

Les inégalités sociales de santé au sein des grandes agglomérations urbaines ont été largement documentées et sont encore aujourd'hui un problème de santé majeur au Québec. Selon Pampalon et coll. (2008), une grande proportion des décès jugés prématurés¹ au Québec se sont produits dans un contexte de défavorisation matérielle et sociale². La maladie cardiaque (avec les maladies respiratoires chroniques et les accidents circulatoires) serait l'une des principales causes de cet écart avec la moyenne québécoise (DSPO, 1996). Dans le même ordre d'idées, l'étude britannique de Whitehall sur les taux de mortalité des travailleurs indique que le taux de mortalité à la suite de maladies cardiovasculaires est de 3,2 fois supérieur chez les travailleurs de bureau (faible statut socioéconomique) que chez les administrateurs (haut statut socioéconomique) (Renaud et Bouchard, 1994).

Si les habitudes de vie ne justifient pas à elles seules les inégalités en santé, elles sont néanmoins constitutives d'un ensemble de facteurs explicatifs hautement significatifs pour comprendre les liens entre la position sociale et la maladie cardiaque (Marmot, 1991 et 2004). Beaucoup d'institutions de santé ont mis sur pied des programmes de réadaptation cardiaque fortement axés sur la modification des styles de vie afin d'améliorer la prévention secondaire liée à cette maladie. Ces programmes permettent d'améliorer la qualité de vie et la longévité des participants (Grace et coll. 2002), favorisent la cessation du tabagisme et font la promotion de la modification de l'alimentation, l'ajustement de la médication, la gestion du stress et la pratique d'activités physiques en fonction des normes promues par les institutions de santé publique (Keaton et Pierce, 2000).

Si ces programmes ont démontré leur efficacité (Grace et coll. 2002), des études ont aussi signalé leurs taux élevés d'abandon – soit 25 % au cours des trois premiers mois suivants un incident cardiaque, 50 % au cours des six premiers mois (Oldridge, 1991; Bock

et coll. 1997) et 75 % après une année (Willich et coll. 2001). Elles ont également identifié des contraintes psychologiques, logistiques et biologiques à la participation (Wenger et coll. 1999, Beswick et coll. 2005). Quelques études ont mis l'accent sur la participation aux programmes de réadaptation cardiaque, mais aucune, à notre connaissance, n'a approfondie la question des faibles taux de participation chez les personnes socioéconomiquement défavorisées. De façon générale, les études sur la participation aux programmes de réadaptation cardiaque s'intéressent peu à la variation sociale de la pratique, notamment chez les groupes plus vulnérables de la société. Pourtant, des ouvrages empiriques ont déjà signalé les faibles taux de participation aux programmes de réadaptation cardiaque des populations issues de milieux socioéconomiquement défavorisés (Hanna et Wenger, 2005) ainsi que la variation de la consommation médicale selon la position sociale (Boltanski, 1971).

Cette étude se penche sur les dispositions corporelles qui peuvent inciter à participer aux programmes de RC chez la population masculine SÉD. Dans le cadre de cette étude, la participation aux programmes de réadaptation cardiaque est analysée de façon plus large puisque nous avons également tenu compte des pratiques préventives liées à la consommation de services médicaux, l'adoption d'une alimentation saine, la cessation du tabagisme, la pratique d'activités physiques régulières et le respect des prescriptions médicamenteuses. De plus, l'analyse est qualitative et fortement axée sur les facteurs socioéconomiques qui limitent la participation à la réadaptation cardiaque chez un groupe d'hommes socioéconomiquement défavorisé de l'Outaouais urbain.

Cette année, l'agglomération d'Ottawa-Gatineau arrive bonne première au palmarès de la qualité de vie des villes canadiennes du magazine économique *Money Sense*. Ce classement n'est pas étonnant puisque, selon l'Institut de la statistique du Québec, la Ville de Gatineau détient l'un des revenus personnels par habitant (34 459 \$) les plus élevés et l'un

des taux de chômage les plus faibles (5,5 %) parmi les régions métropolitaines de recensement (RMR) du Québec (Dumas, 2011).

Cette position enviable cache une autre réalité, soit la pauvreté de son centre-ville et les problèmes sociosanitaires qui s’y rattachent. Selon un rapport de la Direction de santé publique de l’Outaouais, la Ville de Gatineau détiendrait des indicateurs de santé paradoxaux pour une ville d’une telle richesse relative (Courteau et Finès, 2004). Elle est caractérisée, entre autres, par de fortes inégalités sociales de santé et par une surmortalité par rapport aux autres RMR du Québec. À titre d’indicateur, la santé des hommes du dernier quintile de revenu y est particulièrement préoccupante : leur espérance de vie à la naissance est de 10 années inférieures à celle des femmes du quintile supérieur et de 5 années de moins que celles des hommes de ce même quintile (Courteau et Finès, 2004).

État des connaissances

Peu d’études ont approfondi la question du faible taux de participation aux séances de réadaptation cardiaque des groupes moins bien nantis (Clark et coll. 2007), et peu se sont intéressées à la variation sociale de la participation à ces programmes. Pourtant, plusieurs ouvrages empiriques ont déjà noté la vulnérabilité de cette population à cet égard (Hanna et Wenger, 2005). Moins d’une dizaine d’études qui ont pour thème la réadaptation cardiaque se penchent sur la population socioéconomiquement défavorisée dans l’analyse de leurs résultats (par exemple, Emslie 2005; Emslie et Hunt 2009; Clark et coll. 2007; Wheatley 2006, Suaya et coll. 2007) et seule l’étude de King (2002) présente une majorité de participants provenant de ces strates de la population.

La sociologue Carol Emslie a publié deux recensions des écrits sur la réadaptation cardiaque qui accordent un certain intérêt au statut socioéconomique des individus. La première (Emslie, 2005), qui renvoie à 60 études, indique que les populations moins bien

nanties seraient moins enclines à rechercher une aide médicale après un incident cardiaque puisqu'elles auraient une méconnaissance des symptômes de la maladie et une plus faible propension à consulter un service d'urgence pour cette condition.

La deuxième (Emslie et Hunt, 2009) recense l'expérience des hommes souffrant de maladie cardiaque afin d'améliorer les efforts en promotion de la santé. Les chercheuses soulignent d'emblée le peu d'études sur les populations socioéconomiquement défavorisées, mais rapportent brièvement quelques facteurs explicatifs du manque de réceptivité de ces populations aux programmes de réadaptation cardiaque. Selon les écrits, leurs expériences négatives passées des services de soins de santé et l'identité masculine associée à la classe ouvrière augmentent leur réticence à consulter des services médicaux ou à participer au programme de réadaptation cardiaque.

Rosemary King (2002), pour sa part, s'intéresse aux perceptions sociales liées à l'obtention d'aide, à l'adaptation à la maladie et aux soins reçus pendant la maladie cardiaque. Elle est une des rares chercheuses à avoir abordé directement la question de la défavorisation sociale puisque 66 % de son échantillon touchait un revenu inférieur à 20 000 \$/an et possédait moins de 10 années de scolarité. Selon l'auteure, plusieurs participants ont déterminé que les causes de leur maladie étaient principalement liées à des événements stressants (des événements tragiques, du travail exigeant ou encore de l'inquiétude) et à leur style de vie (sédentarité, mauvaise alimentation). Par ailleurs, les hommes socioéconomiquement défavorisés accorderaient une plus grande importance à la relation de confiance avec les thérapeutes et cette relation serait meilleure lorsque le thérapeute s'intéresse à eux directement.

Clark et coll. (2007) étudient plus spécifiquement la participation aux séances de réadaptation cardiaque. Selon les auteurs, peu de recherches ont été effectuées auprès des

personnes à faible revenu, et ce, même si leur taux de participation est très faible. Ils soulignent que les recherches actuelles n'explorent pas en profondeur les déterminants sociaux de la santé tels le niveau de scolarité et le revenu, ni les effets du lieu de résidence sur la participation à la réadaptation cardiaque. Par exemple, le lieu de résidence serait un indicateur du degré d'investissement dans la pratique préventive. Enfin, selon les auteurs, il demeure que la perception du corps a une influence sur la décision de participer aux séances de réadaptation cardiaque.

Dans leur étude quantitative, Suaya et coll. (2007) se préoccupent de la participation aux programmes de réadaptation cardiaque. Cette étude mentionne entre autres qu'un effet positif sur la participation serait de vivre en proximité des services et des installations de réadaptation cardiaque, contrairement à la présence d'une comorbidité (précédents incidents cardiaques, cancer, diabète) qui a un effet néfaste sur la participation. Ils indiquent également qu'il y a une faible participation chez la population à faible revenu et chez ceux qui ne détiennent pas de diplôme collégial.

On ne saurait passer sous silence l'étude ethnographique de Wheatley (2006), la seule selon nous qui approfondit l'expérience de la réadaptation cardiaque. Dans son texte, l'auteure s'intéresse aux différents types ou « attitudes » de réadaptations cardiaques observées chez les participants de son étude. Wheatley décrit sept attitudes de vie relatives au « *reskilling* » (attitude de la précision, attitude de résignation, attitude d'amusement, attitude d'évasion, attitude de contestation, attitude d'expérimentation et attitude de compromis). Nous décrivons ici deux de ces attitudes, qui seraient les plus susceptibles de se retrouver dans les résultats, c'est-à-dire l'attitude de compromis et de contestation (*ethic of compromise and ethic of dispute*). L'attitude de compromis consiste à adopter certaines pratiques tout en renonçant à d'autres, cela en conciliant la préférence personnelle et les

normes de santé (diminution de la consommation de cigarettes au lieu d'une cessation complète). L'attitude de contestation, quant à elle, consiste à respecter partiellement les normes de santé tout en protestant de façon humoristique, ce style de vie étant perçu comme trop rigide. Cette disposition serait le résultat d'une remise en question des prescriptions du personnel médical et d'une contestation des procédures routinières. Bien que chacun de ces types de réadaptation soit finement défini, Wheatley (2006) se penche très succinctement sur le statut socioéconomique de ses participants.

La théorie socioculturelle : Mieux comprendre les styles de vie.

La théorie que nous avons retenue, afin de mieux comprendre les styles de vie des hommes socioéconomiquement défavorisés, est la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu, notamment le concept d'*habitus* corporel (rapport au corps) (Bourdieu, 1979; Boltanski, 1971). Selon cette approche, pour bien comprendre les styles de vie des différentes classes sociales, il faut comprendre l'impact des conditions de classes sur leur vision du monde forgeant leur rapport au corps. L'*habitus* est un concept central de la théorie de Bourdieu et a été défini à plusieurs reprises dans son œuvre. Pour Bourdieu (1997), l'*habitus* comprend l'ensemble des perceptions, appréciations et dispositions qui caractérisent un groupe de personnes, celles-ci exerçant leur influence de façon plutôt inconsciente sur les pratiques des individus. Plus précisément, l'auteur mentionne que :

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

L'*habitus* corporel, défini comme l'ensemble des schèmes de disposition, de perception et d'appréciation relativement au corps, à la manière de le traiter, de l'entretenir,

de le soigner, etc. (Bourdieu, 1979 : 210), résulterait d'une socialisation effectuée dans le parcours de vie des individus et serait intimement lié aux conditions d'existence (matérielles, familiales et sociales) propre à leur appartenance à un milieu social donné. Dans la même veine, Boltanski (1971) se penche sur la variation complexe de la consommation de services médicaux chez différentes classes sociales. Il suggère, entre autres, que cette variation s'explique par la socialisation s'opérant à l'intérieur des différentes classes sociales. Le point de vue proprement sociologique de cette approche se distingue par le fait que les styles de vie et les pratiques sociales seraient le résultat d'un façonnement socioculturel, engendré par la structure des « chances de vie » offertes (ou refusées) liées à la position sociale plutôt que le produit d'un « calcul rationnel » de l'individu visant à améliorer sa santé.

La présente étude tente de déterminer certains aspects de l'*habitus* corporel (aussi appelé rapport au corps), en ce qui a trait à la façon de traiter et d'entretenir son corps après la manifestation d'une MC.

Méthodologie

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche qualitative plus vaste intitulée *Hommes, pauvreté et réadaptation cardiaque* (Dumas, 2007). L'étude a reçu les approbations du Comité d'éthique de l'Université d'Ottawa ainsi que du Comité d'éthique du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau. L'étude plus vaste visait à mieux cerner les normes et les valeurs d'hommes de milieux socioéconomiquement défavorisés de différents âges en ce qui a trait à la façon de traiter et d'entretenir leur corps après la manifestation d'une maladie cardiovasculaire. Plus spécifiquement, la présente étude consiste à mieux comprendre les dispositions corporelles qui incitent à la participation aux séances d'information sur la réadaptation cardiaque chez la population des hommes socioéconomiquement défavorisés.

L'échantillon est composé de 22 participants d'un âge moyen de 49 ans, francophones de la région de l'Outaouais urbain; ayant subi un incident cardiovasculaire nécessitant une intervention médicale et requérant une hospitalisation; n'ayant pas participé aux cinq séances d'information sur la réadaptation cardiaque ou ayant abandonné avant la troisième séance; étant considéré « autonome » selon les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; et habitant un milieu socioéconomiquement défavorisé. Il est important de mentionner qu'une personne est considérée « autonome » si ses besoins sont inférieurs à une heure-soins/jour et si elle n'a pas besoin d'aide pour les activités quotidiennes telles que manger, se lever, s'habiller, se laver, etc. Nous croyons qu'en choisissant les hommes qui n'ont pas participé au programme de réadaptation cardiaque, il serait plus facile de comprendre ce qui les inciterait à y participer.

Dans le but de déterminer quels étaient les milieux socioéconomiquement défavorisés de l'Outaouais urbain, nous avons utilisé l'indice de défavorisation matérielle et sociale du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011). Cet indice est construit à l'aide de « deux composantes dont le contenu se rapproche des deux dimensions matérielle et sociale de la défavorisation, en associant la première à la scolarité, l'emploi et le revenu, et la seconde à l'état matrimonial, la monoparentalité et le fait de vivre seul. »

Afin de mieux répondre aux objectifs de l'étude, nous avons eu recours à un échantillonnage dit intentionnel (Deslauriers et Kérisit, 1997). À l'aide de l'indice de défavorisation matérielle et sociale mentionné ci-haut, nous avons pu déterminer les milieux les plus socioéconomiquement défavorisés et ayant un revenu médian total de moins de 20 000 \$. Grâce à cette méthode, trois secteurs de la ville de Gatineau ont été ciblés, soit l'île de Hull, la pointe Gatineau et le secteur Notre-Dame. Par la suite, la stratégie de recrutement utilisée consiste à visiter ces secteurs de la communauté afin de publiciser notre recherche,

c'est-à-dire en proposant des présentations, en publiant dans les journaux locaux, en apposant des affiches, en visitant des commerces et en rencontrant des hommes dans les lieux publics.

La collecte des données a été effectuée au moyen d'entretiens d'une durée d'environ 90 minutes. Le guide d'entrevue utilisé traite de thèmes élaborés grâce à la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu : la trajectoire socioéconomique du participant, l'expérience de la maladie cardiovasculaire telle que vécue par le participant, la trajectoire personnelle en matière de perception, d'appréciation et d'attitude en ce qui concerne les pratiques préventives (alimentation, activités physiques, consommation de médicaments, suivis médicaux préventifs, etc.) avec un accent particulier sur la participation aux séances de réadaptation cardiaque.

Les entrevues ont toutes été transcrites et les verbatim ont été intégrés dans le logiciel de traitement de données qualitatives NVivo8. Chaque transcription a été codée selon les pratiques énumérés dans la section du cadre théorique (c.-à-d. les pratiques préventives, les pratiques médicales et pharmaceutiques, les pratiques éducatives). Nous avons privilégié la méthode d'analyse du contenu par thème. Dans un premier temps, les données fournies par les sujets ont pu être regroupées en catégories construites à partir de leurs affinités sémantiques. Cette démarche a été suivie d'une analyse des conditions de vie et des biographies personnelles de chacun des hommes interrogés (analyse verticale) (Poupart et coll. 1997). Enfin, les données ont été analysées dans une perspective comparative entre les différents participants : ceux qui présentent des perceptions différentes de la prévention et ceux qui possèdent différents niveaux de pratique d'activités physiques (analyse transversale) (Poupart et coll. 1997). Les analyses verticales et transversales ont permis de déterminer les liens entre les conditions de vie des sujets, leur pratique d'activités physiques

en contexte de réadaptation cardiaque et la période du parcours de vie à laquelle la maladie cardiovasculaire s'est manifestée.

Tel que présenté au tableau 1, huit caractéristiques ont permis de cerner le profil des 22 participants de l'étude. Tous (n=22) n'ont pas participé aux séances d'information sur la réadaptation cardiaque, la moitié (n=11) respectent les prescriptions de médicaments, peu (n=7) respectent les suivis médicaux, un peu moins de la moitié (n=10) sont sédentaires, presque la majorité (n=19) ont déjà été fumeurs, plus de la moitié (n=14) ont déjà été dépendants aux drogues ou ont déjà été incarcérés (n=12) et une grande proportion ont été victime d'abus à l'enfance (n=10).

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques	Défavorisation sociale et matérielle faible et élevée (n=22)
Non-participant aux séances d'information sur la réadaptation cardiaque	22
Respect des prescriptions de médicaments	11
Respect des suivis médicaux	7
Sédentaires	10
Fumeurs	19
Passé de toxicomanie	14
Passé d'incarcération	12
Victime d'abus à l'enfance	10

Décrivons brièvement la situation de vie précaire des hommes de notre échantillon. Nos participants ont entre 37 et 79 ans (âge moyen de 52,3 ans) et 19 d'entre eux ont moins de 55 ans. De façon générale, ils ont vécu dans des milieux socioéconomiquement défavorisés pendant la majorité de leur vie et ont vécu des problèmes familiaux dans leur

enfance ou à l'âge adulte. Ils possèdent une faible scolarité (n=17 n'ont pas de diplôme d'études secondaires) s'expliquant par un désintéressement du système scolaire, par des difficultés d'apprentissage ou par de la délinquance. Plusieurs participants (n=12) reçoivent des prestations d'assurance sociale, d'assurance-emploi ou de la CSST. Un grand nombre d'entre eux (n=15) doivent composer avec une faible sécurité d'emploi ou occupent un emploi précaire ou non déclaré. La grande majorité d'entre eux ont subi leur incident cardiaque avant l'âge de 55 ans (n=20).

Résultats

Les données qualitatives soulignent une tendance lourde : les hommes socioéconomiquement défavorisés se sentent faiblement concernés par la participation à des séances sur la réadaptation cardiaque dans leur forme actuelle. Les résultats de cette étude sont regroupés en deux dispositions corporelles telles que rapportées par les participants : démontrer une faible disposition à adopter des pratiques préventives et être faiblement disposé à participer à des séances d'information sur la réadaptation cardiaque. Un résumé global des énoncés tels que rapportés par les participants est présenté au tableau 2.

Tableau 2. Résumé des résultats. Dispositions aux pratiques préventives et de réadaptation cardiaque³

Faible disposition à adopter des pratiques préventives
1. Vivent dans des conditions d'existence peu propices aux attitudes de prévention : vivent un état d'urgence au quotidien, consacrent leurs ressources à combler leurs besoins primaires, anticipent les problèmes à court terme, vivent au jour le jour.
2. Adoptent une faible attitude de prévention de la maladie cardiaque retardant les consultations médicales : consultent le personnel médical en cas de stricte nécessité, tolèrent de fortes douleurs, accordent une faible importance aux consultations médicales préventives, démontrent une faible sensibilité aux signes avant-coureurs de la maladie cardiaque, méconnaissent les symptômes précurseurs de la maladie cardiaque.

Tableau 2. Résumé des résultats (suite)

Faible disposition à participer aux programmes de réadaptation cardiaque
1. Croient inutile d'assister aux séances d'information sur la réadaptation cardiaque : croient qu'ils sont guéris puisqu'ils ne ressentent pas de symptômes, possèdent des priorités plus urgentes. 2. Perçoivent que les séances d'information sont des obstacles à la satisfaction des besoins primaires : choisissent de travailler plutôt qu'assister aux séances de réadaptation qui se déroulent durant leurs heures de travail (précarité d'emploi et horaire atypique). 3. Ressentent une crainte d'être exposé au jugement d'autres participants. 4. Adoptent un regard critique sur le discours normatif lié aux objectifs de la réadaptation cardiaque : vivent dans un contexte de vie précaire, accordent peu d'importance à la longévité lorsque celle-ci est interprétée comme un prolongement de leur précarité, accordent peu de crédibilité à l'argument d'amélioration de la qualité de vie.

Faibles dispositions aux pratiques préventives

Comme l'ont souligné plusieurs auteurs (Clark et coll. 2007; Daly et coll. 2002; Suaya et coll. 2007), l'efficacité des programmes de réadaptation cardiaque repose sur deux conditions essentielles : l'adoption d'une attitude préventive de la part des participants et leur engagement dans une série de pratiques préventives s'échelonnant sur une période relativement longue afin d'en retirer des bénéfices sur la santé. L'analyse révèle que les conditions d'existence des hommes sont peu propices à une telle attitude. Comme en témoignent nos données, les hommes vivant en contexte de défavorisation matérielle et sociale vivent un état d'urgence au quotidien, puisqu'ils consacrent une grande partie de leurs ressources (monétaires, temporelles) à combler leurs besoins primaires (logement, alimentation, sécurité, etc.). Les témoignages de participants suggèrent que l'adoption de pratiques préventives (cessation du tabagisme, alimentation saine, pratique régulière d'activités physiques) ne fait pas partie de leurs priorités, puisqu'ils ont de grandes difficultés à répondre à leurs besoins primaires. Plus précisément, l'instabilité économique, la précarité de leurs emplois (lorsqu'ils en ont un) et les longues heures de travail à faible

revenu les amènent à vivre dans des conditions de nécessité et les forcent à vivre dans un état d'urgence, de désordre et de confusion quasi permanente. C'est le cas de Jean-Charles¹ qui vit dans un état dépressif : « *Ça n'a même plus de sens de [changer mes habitudes de vie]. Tu sais, j'ai complètement perdu le sens. C'est pour ça que je te dis que je suis spontané maintenant... Je suis "tout de suite, tout de suite, tout de suite"... Enough is enough!* » (livreur, 53 ans). En outre, leur consommation de services offerts par des institutions caritatives, telles les soupes populaires et les banques alimentaires, témoigne en effet de leur faible revenu disponible. Beaucoup d'entre eux estiment vivre « *au jour le jour* » (Sam, occupe plusieurs emplois variés, 41 ans), mènent leur vie « *une journée à la fois* » (Mathieu, ex-coiffeur, invalide, 46 ans) et règlent leurs problèmes au fur et à mesure qu'ils surviennent. C'est le cas de Danny : « *Et bien, je dois toujours chercher, demain, où vais-je manger? Dormir? ... mais chaque jour, se demander ça, ça devient prenant [...] Moi, je prends ça le jour, le jour* » (itinérant et assisté social, 37 ans). D'autres travaillent plusieurs heures par semaines pour obtenir un revenu suffisant pour un style de vie convenable. Par exemple, depuis l'âge de 19 ans, Fortier travaille un nombre élevé d'heures par semaine. Même s'il a souffert de deux infarctus, il continue à travailler à ce rythme au détriment de sa santé.

Je parlais d'ici, dimanche au soir à 6 h. Saint-Jérôme. Montréal. Toronto. Hull. Je faisais ça trois fois par semaine. Je faisais 90 heures minimum. J'ai commencé à travailler j'avais 19 ans. [...] Moi l'hiver passé, je faisais six jours par semaine de transport [...] On mange vite, faite. Parce qu'il y en a du travail qui t'attend. [Je travaillais autant] parce que... les paiements arrivaient et les fins de mois aussi. Parce que je n'avais pas [plein de] *cash* là. [...] [Je dormais] deux, trois heures par nuit (domaine du transport, 71 ans).

Les questions sur les causes des consultations médicales ont permis de découvrir une

¹ Des pseudonymes sont utilisés pour identifier les participants.

faible attitude préventive retardant les consultations médicales. De façon générale, chez les hommes socioéconomiquement défavorisés la consultation médicale s'inscrit dans une logique davantage fonctionnelle que préventive. La logique fonctionnelle signifie que la consultation médicale a pour objectif de guérir ou réhabiliter une incapacité corporelle (un pied cassé, des blessures au dos, douleurs aiguës, etc.) qui entrave un travail physique. Certains répondants, tels que Jean-Paul, nous montrent un exemple où la consultation médicale suit une logique fonctionnelle : *« J'ai travaillé avec un pied cassé pendant une semaine et demie. [J'ai fait] différents bandages juste pour faire ma journée. Un moment donné, quand tu échappes une charge parce que tu n'as plus de [force] dans le pied, c'est là que tu vas voir le médecin »* (mécanicien, cuisinier, emplois divers, 48 ans). D'autres répondants comme Leeroy ont aussi signalé qu'ils consultent le corps médical seulement en dernier recours, c'est-à-dire seulement en cas de douleur insupportable : *« Je me suis fait donner un coup de couteau, j'avais une grosse infection à ma jambe, elle est devenue très grosse. C'est quand je n'étais plus capable de marcher que je suis allé à l'hôpital. Je ne veux pas entrer dans les hôpitaux »* (travailleur en construction, 45 ans).

Les faibles taux de fréquentation aux examens de dépistage (la consultation médicale annuelle, les examens sanguins, les tests d'urine) témoigneraient de la disposition à se préoccuper des problèmes liés aux urgences quotidiennes au détriment des problèmes de santé potentiels. À titre d'exemple, lorsqu'on demande à Max s'il rendait visite régulièrement à son médecin avant son incident cardiaque, il nous indique que non : *« Je n'avais pas de problèmes de santé, je n'avais pas besoin d'aller chez le docteur et je n'avais pas le temps d'aller perdre du temps dans une clinique »* (ex-remorqueur, assisté social, 44 ans). Plus tard dans l'entrevue Max mentionne que ses plus gros problèmes sont le manque d'argent et sa faible qualité de vie et non son cœur : *« Ma plus grande frustration*

c'est le bien-être. Ce n'est pas le cœur, c'est le mode de vie, c'est l'argent » (ex-remorqueur, assisté social, 44 ans). Claude, un autre participant, va dans le même sens en soulignant que c'est davantage son bien-être psychologique qui lui cause un problème : *« Moi, physiquement, je n'ai jamais eu à me plaindre de rien. C'est de ma tête qu'il me faut me plaindre, mais pas mon cœur »* (concierge, chauffeur de taxi, 52 ans).

Les entrevues réalisées auprès des hommes socioéconomiquement défavorisés démontrent une faible sensibilité aux signes avant-coureurs de la maladie. Comme le mentionne King (2002), de telles situations augmentent les délais avant la consultation médicale et les risques d'aggravation des symptômes. La citation suivante de Richard témoigne bien de son seuil élevé de tolérance à la douleur lors de sa crise d'angine.:

C'est la douleur au bras, là, surtout, en dessous du bras ici. C'est comme ça, c'est douloureux comme le martyre... Ma mère voulait appeler l'ambulance et puis moi je disais non [...] le lendemain matin, je suis retourné chez moi. Je m'assoiais dans les bancs de neige, je n'avais pas le choix, je n'étais plus capable de marcher. [...] Il [médecin] m'a dit que j'avais fait une crise d'angine (ex-boucher, 51 ans).

Ces données suggèrent fortement que le rapport au corps de plusieurs hommes interrogés et a pour conséquence de retarder les consultations médicales. D'autres hommes, Charles et Jay, se soucient faiblement des premiers symptômes ressentis. Dans le cas de Charles, d'une part, il mentionne les effets intenses des symptômes qu'il ressent, mais d'autre part, il décide de consulter les professionnels de la santé seulement deux mois plus tard, lorsque les symptômes deviennent encore plus importants. Pour ce qui est de Jay, même s'il se doute que ces symptômes sont reliés à la maladie cardiaque, il ne réagit pas instantanément parce qu'il croit que la douleur va s'estomper.

Moi, mon attaque de cœur, j'ai eu bien peur, *je pensais en mourir tellement que ça pompait et ça faisait mal en « tabarnac »*. Jusqu'en arrière dans les côtes, je n'étais *plus capable de respirer*. Je te le dis, *c'était l'enfer*. [Je suis

entré] d'urgence. [...] Ça faisait *deux mois* [que j'avais des symptômes]. Les symptômes [étaient] plus importants, *m'être rendu [à l'hôpital] avant, ça aurait été moins pire*. (Charles, ex-conducteur de machinerie, prestataire d'assurance invalidité, 46 ans)

Le matin de bonne heure, *je sentais mon bras engourdir. J'avais un petit doute [que ça pouvait être un incident cardiaque], mais je me suis dit, ça va passer*, ce n'est pas grand-chose. Des fois, ça arrive, ça se passe. Cette fois-là, ça ne s'est pas passé et *ç'a été dans ma jambe, après ça, aux deux jambes*. C'est là, je lui [ma femme] ai donné des coups avec ma main droite. Et puis en fin de compte elle s'est réveillée. J'ai dit : « *je me sens engourdi* ». [...] je n'ai pas été *paralysé* longtemps. Mais jusqu'à ce que *les ambulances* soient venues me mettre un masque d'oxygène... (Jay, aidant naturel, 34 ans).

(Nous ajoutons les italiques pour souligner les éléments significatifs)

Suite à trois incidents cardiaques, Paul se soucie peu des restrictions prescrites par son médecin en continuant à lever de fortes charges. Cette faible sensibilité aux signes avant-coureurs de la maladie l'a amené à subir une aggravation de ses symptômes et a subir d'autres incidents cardiaques :

J'ai eu des consignes très sévères qui disaient que je n'avais pas le droit de lever plus que 15 kilos... Je suis très orgueilleux. Le patron m'a dit : « Regarde, il va falloir que tu fasses attention » J'ai dit : « Non! Je ne veux pas retourner travailler dans le bureau ». Ça fait que je suis resté sur le camion. Puis ça a toujours fonctionné de même, jusqu'à ce que j'aie mon 4e et 5e infarctus... Ç'a été mon dernier emploi (ex-déménageur, 48 ans).

Emslie (2005) suggère que la méconnaissance des symptômes précurseurs d'un incident cardiaque serait aussi un facteur retardant la consultation médicale. À titre d'exemple, plusieurs hommes n'ont pu distinguer leurs symptômes de ceux d'une autre maladie préexistante (brûlements d'estomac, indigestion). Nous avons également pu observer le même phénomène chez nos participants. Dans le cas de Lionel, il a attendu avant de consulter un médecin parce qu'il croyait que ces symptômes étaient liés à une indigestion, alors qu'il s'agissait plutôt des symptômes de la maladie cardiaque : « *J'ai eu mal pendant*

quelques jours. Je ne voulais pas aller à l'hôpital. Je me dis, ah! C'est une indigestion. Puis là quand j'étais plié en quatre j'étais sûr que c'était pour exploser. [...] j'ai appelé l'ambulance » (travailleur communautaire, 55 ans). Un autre participant prénommé Claude mentionne le même genre de phénomène, évoquant un malaise en haut de l'abdomen qui laissait sous-entendre un problème d'estomac. Il a appris un peu plus tard qu'il avait subi un incident cardiaque : *« Aucune idée [c'était quoi]. J'avais une douleur ici (haut de l'abdomen). Je me suis dit pourtant, j'ai bien mangé ce matin. [...] La douleur s'intensifiait et puis elle a commencé à progresser au point que j'avais de la misère à bouger. Aussitôt arrivé à l'hôpital, ils m'ont opéré* » (concierge, chauffeur de taxi, 52 ans). Un grand nombre d'hommes n'ont pas su reconnaître les symptômes précurseurs de l'incident cardiaque tels que décrits par la Fondation des maladies du cœur (douleur au bras ou à la poitrine, essoufflements, nausée, sueurs et anxiété), ce qui a causé une augmentation du temps avant la consultation médicale. Dans l'extrait d'entrevue suivant, Marc croit lui aussi avoir une indigestion, alors qu'il subit un incident cardiaque. Lorsqu'il décide de se rendre à l'hôpital, il comprend que la situation est beaucoup plus grave que ce qu'il croyait :

Je me sentais bizarre, je me suis dit j'ai peut-être trop mangé avant de me coucher. Je n'ai pas de voiture, ça fait que de 5 h à 7 h j'ai fait les 100 pas dans la maison. [Quand mon fils est arrivé à 7 h], il a vu que j'avais de la misère à respirer. Non [je ne voulais pas aller à l'hôpital] j'étais sûr que c'était une indigestion. [...] Je me suis dit je vais vous contenter je vais y aller. Quand je suis arrivé à l'urgence ça a pris deux secondes, la garde à m'a fait signe d'aller voir le médecin. C'est là que j'ai compris que c'était plus grave que je pensais... (assisté social, 54 ans).

La faible disposition à participer à la réadaptation cardiaque

L'étude quantitative de Suaya et coll. (2007) montre que, parmi tous les patients admissibles aux programmes de réadaptation cardiaque provenant de quartiers défavorisés,

17 % d'entre eux sont moins disposés à participer que ceux vivant dans les quartiers les plus favorisés. Les questions d'entrevue sur les séances d'information en réadaptation cardiaque, offertes gratuitement par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS), ont permis aux participants de s'exprimer sur les facteurs qui freinent leur participation. Comme dans le cas des autres pratiques préventives, il existe une tendance claire dans le discours des participants à juger les programmes de réadaptation cardiaque peu utiles.

Après la période de rétablissement suivant l'intervention chirurgicale, beaucoup de participants se croient guéris puisqu'ils ne ressentent plus de symptômes. En effet, comme la maladie cardiaque est souvent asymptomatique (Statistique Canada, 2010), peu se sont montrés intéressés à suivre les séances d'information sur la réadaptation cardiaque. Bigras, par exemple, se sent en parfaite santé. Il ne voit donc pas l'utilité de participer à ce genre de séances : *« Je n'en faisais plus de palpitations. Un programme [de réadaptation], non, c'est comme si j'étais un gars neuf qui venait de sortir du garage, tu m'avais arrangé au complet. Je me sentais, prêt à faire du jogging. Je ne peux pas dire que j'ai un problème de cœur »* (assisté social, 53 ans).

Les participants socioéconomiquement défavorisés occupent des emplois avec des horaires atypiques. En conséquence, ils sont dans l'impossibilité de s'absenter de leur travail (perte de revenu, précarité d'emploi) pour suivre des séances d'informations sur la réadaptation cardiaque. C'est le cas de Lionel, un employé pour un programme temporaire d'insertion à l'emploi travaillant souvent en-dehors des heures régulières. Son incident cardiaque s'étant déroulé durant une période achalandée à son travail, il a donc préféré accorder la priorité à son emploi plutôt qu'à sa participation aux séances d'informations sur la réadaptation cardiaque :

Quand je suis parti de l'hôpital, mon patron est venu me chercher et puis

j'ai été directement au bureau. J'ai été au bureau, j'ai pris une journée et demie *off*. Je n'ai pas pris de temps *off* depuis ce jour-là (rire). Je n'ai pas trouvé le temps [pour les séances d'information sur la réadaptation cardiaque]. [...] On travaille beaucoup d'heures à l'extérieur [des heures normales de travail]. [...] Est-ce que j'aurais pu me rendre toutes les fois? Puis j'étais trop occupé au travail, le mois d'octobre ce n'était pas le meilleur temps (travailleur communautaire, 55 ans).

Certaines études mentionnent que le format de groupe freine souvent la participation aux séances de réadaptation cardiaque (Farley et coll. 2003; Clark et MacIntyre, 2002; Jones et coll. 2007; Evenson et coll. 2006). À la lumière de ce qui précède, l'analyse des entrevues a permis de déceler chez plusieurs un malaise social à participer à ces rencontres de groupe. Les témoignages démontrent que la crainte du jugement ressentie par ces hommes influence négativement la participation aux séances d'information sur la réadaptation cardiaque. Ce sentiment, qui s'apparente à la honte de classe, s'explique notamment par le fait que, dans les rencontres de groupe, il est souvent requis de discuter de son métier ou de ce que l'on fait dans la vie de tous les jours. À l'idée de partager leur expérience de vie lors de séances en groupe, certains participants de l'étude ressentent une certaine réserve et une timidité. Par exemple, en réponse à une question sur son désintéressement à participer à des séances d'information sur la réadaptation cardiaque, Claude souligne son inconfort lors des séances en groupe : « *Être avec les autres, moi, j'ai beaucoup de difficulté avec ça [...] il y avait des matins où est-ce que je ne veux pas voir personne. Oui, je sens ça aussi [de la gêne], même à 52 ans* » (concierge, chauffeur de taxi, 52 ans).

Ensuite, les témoignages des hommes moins bien nantis suggèrent fortement qu'ils adoptent un regard critique envers le discours normatif de la réadaptation cardiaque ayant pour objectif l'amélioration de la longévité et de la qualité de vie des patients. Ces arguments ne tiennent pas compte de la vision du monde des différents groupes socioéconomiques et plus particulièrement de leurs conditions d'existence. En lisant l'extrait suivant provenant de

l'entrevue de Max, on comprend que dans sa situation de vie précaire, il ne veut certainement pas vivre plus longtemps. En ce sens, on peut constater que l'augmentation de la longévité, lorsqu'elle est définie comme un prolongement de sa précarité, n'est pas un argument qui réussit à le convaincre de participer aux séances d'information sur la réadaptation cardiaque :

J'ai dit, regarde, je suis tanné de me battre avec la vie. La vie n'est pas assez belle. Tu manges pour vivre, et tu vis pour manger. C'est quoi le *pattern* ? Qu'est-ce qu'il y a de beau? Je ne dis pas si j'avais une grosse maison et si j'avais un gros compte de banque, la limousine, ou les gros chars, les *trucks* et tout le *kit*. Peut-être là, je dirais, la vie est belle, mais quand tu es tombé sur l'aide sociale là, pfff, il n'y en a plus de vie mon grand (ex-remorqueur, assisté social, 44 ans).

Dans le même ordre d'idées, les propos sur l'amélioration de la qualité de vie sont aussi remis en question par les hommes de notre étude. En effet, vivant dans des conditions précaires, certains hommes ne croient pas que l'adoption de nouvelles pratiques rendra leur vie meilleure. À titre d'exemple, Joseph estime qu'en suivant les recommandations en ce qui a trait à l'alimentation, il vivra du stress et que cela le rendra davantage malade : « *Il y a trois, quatre choses que je n'ai pas le droit de manger. [...] si tu suis ce qu'ils [les médecins] disent et bien qu'est-ce que tu penses qui arrive? Ça va te rendre malade [à cause du stress]. Le stress est bien pire, tu viens fou* » (déménageur, 79 ans).

Conclusion

Peu d'études se sont penchées sur l'effet des conditions d'existence sur la participation aux programmes de réadaptation cardiaque. Pourtant, nous savons que la classe socioéconomiquement défavorisée participe peu à ce type de programmes. De façon générale, les données de notre étude soulignent une tendance lourde : les hommes socioéconomiquement défavorisés se sentent peu concernés par la participation active à des séances sur la réadaptation cardiaque dans leur forme actuelle. Les témoignages présentés suggèrent que plusieurs facteurs socioéconomiques seraient à l'origine de la faible

disposition à participer aux séances sur la réadaptation cardiaque. L'analyse des entrevues a permis d'identifier plusieurs facteurs influençant négativement la participation à ce type de programme, plus spécifiquement que les conditions d'existence des hommes interrogés les disposent faiblement aux pratiques préventives et à modifier leur style de vie afin de prévenir d'autres incidents cardiaques.

La théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu est une approche d'avenir pertinente afin d'approfondir le lien entre les conditions d'existence et la consommation des services de santé. À titre d'exemple, elle nous a permis de découvrir que l'offre de services en réadaptation cardiaque correspond peu à la vision du monde des hommes socioéconomiquement défavorisés. La théorie de Pierre Bourdieu offre une approche favorisant la compréhension de l'effet des conditions d'existence, sur la façon de traiter son corps et sur la façon d'adopter des pratiques préventives en contexte de réadaptation cardiaque. De plus, l'utilisation du concept de rapport au corps a permis de souligner les facteurs influençant l'adoption de pratiques préventives et la participation à la réadaptation cardiaque.

Certaines précisions doivent être apportées en ce qui a trait aux limites de notre étude. Les résultats présentés dans cette étude illustrent des tendances générales qui pourraient occulter certains discours minoritaires. De plus, l'analyse s'est penchée sur une cohorte âgée de 37 à 79 ans. Une étude plus pointue, par groupes d'âge, aurait pu démontrer une différenciation des pratiques liées à la réadaptation cardiaque. Enfin, il faudrait faire preuve de prudence dans l'application de ces données à d'autres contextes sociopolitiques, ceux-ci pouvant modifier considérablement le style de vie des hommes socioéconomiquement défavorisés vivant dans des milieux comparables à celui de notre étude.

Notre étude vise à sensibiliser les acteurs et les actrices du domaine de la réadaptation

cardiaque, afin de mieux comprendre le contexte social des hommes socioéconomiquement défavorisés qui influence la participation aux séances d'information sur la réadaptation cardiaque. Les résultats montrent le rôle crucial joué par l'institution médicale dans l'adoption de pratiques préventives et dans la participation aux séances d'information sur la réadaptation cardiaque. L'analyse du rapport au corps suggère fortement que les attentes des participants socioéconomiquement défavorisés divergent considérablement de celles des professionnels de la réadaptation cardiaque. Bien que notre étude ouvre la voie à de nouvelles recherches dans le domaine de la participation aux séances sur la réadaptation cardiaque, d'autres études doivent être effectuées.

Références

- Association canadienne de réadaptation cardiaque (2004). *Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention, Enhancing the Science, Refining the Art*, Second Edition. Winnipeg.
- Balady, G. J., Williams, M. A., Ades, P. A., Comoss, V. B. P. , J. M. Foody, Barry Franklin, Bonnie Sanderson and Douglas Southard (2007). Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on 2007, Update : A Scientific Statement From the American Heart Association Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: *Circulation*, 115, 2675-2682.
- Beswick, A. D., Rees, K., West, R. R., Taylor, F. C., Burke, M., Griebisch, I., et coll. (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (5), 538-555.
- Bock, B.C., Albrecht, A.E., Traficante, R.M., Clark, M.M, Pinto, B.M., Tilkemeir,P., Marcus, B.H. (1997), Predictors of exercise adherence following participation in a cardiac rehabilitation program, *International Journal of Behavioural Medicine*, 4(1), 60-75.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Les Annales*, 1, 205-233.
- Bourdieu, P. (1979). La distinction : Critique sociale du jugement, Paris : *Minuit*.
- Calnan, M. and Williams, S. (1991). Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic

- circumstances. *Sociology of Health Science Illness*. 13(4), 506-529.
- Clark, A. M., MacIntyre, P. D. & Cruickshank, J. (2007). A critical realist approach to understanding and evaluation heart health programmes. *Health :An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 11(4) : 513–539.
- Clark, A.M., Barbour, R.S. & McIntyre, P.D. (2002) Preparing for change in the secondary prevention of coronary heart disease: a qualitative evaluation of cardiac rehabilitation within a region of Scotland. *Journal of Advanced Nursing* 39 (6), 589–598.
- Courteau, Jean-Pierre et Finès, Philippe (2004). *Évolution de 1986 à 1996 de la relation entre le revenu et la mortalité en Outaouais urbain, dans l'ensemble des grandes villes du Québec et au sein de l'agglomération d'Ottawa-Gatineau*, Direction de santé publique de l'Outaouais et Statistiques Canada.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand oaks : Sage Publications, In Creswell, J.W. (Éd.). Chap. 10. Standards of Quality and Verification.
- Daly, J; Sindone, A. P.; Thompson, D. R; Hancock, K.; et coll. (2002). Barriers to participation in and adherence to cardiac rehabilitation programs...Progress in Cardiovascular Nursing; Winter 2002; *ProQuest Nursing & Allied Health Source*,17(1).
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M.. (1997). Le devis de recherche qualitative. In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A. (Éds.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaëtan Morin. 113-169.
- Direction de la Santé publique de l'Outaouais (DSPO) (1996). Variations de la mortalité en relation avec le taux de pauvreté des quartiers en Outaouais et dans le Québec urbain.

Hull : Régie régionale de la santé et des services sociaux.

- Dumas, A. (2011) 'Le quart-monde de l'Outaouais. Une étude sur la santé masculine' Revue sociale et politique, À Babord, no. 40. 22-23.
- Emslie, C., Hunt, K.(2009) Men, Masculinities and Heart Disease: A Systematic Review of the Qualitative Literature. *Current Sociology*, 57; 155.
- Emslie, C. (2005). Women, men and coronary heart disease: A review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (4), 382-395.
- Evenson, K.R., Johnson, A. Aytur, S.A. (2006). Five-year Changes in North Carolina Outpatient Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 26, 366-376.
- Farley, R. L., Wade, T. D., Birchmore, L. (2003). Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 205–212.
- Finès P., Wilkins R., Courteau, J-P. et Berthelot, J-M. (2007). Analyse de la relation entre le revenu et la mortalité : un commentaire méthodologique. *Cahiers québécois de démographie*, 36 (1), 129-142.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Shnek, Z. M., Irvine, J., Franche, R. L., & Stewart, D. E. (2002). Cardiac rehabilitation I: Review of psychosocial factors. *General Hospital Psychiatry*, 24 (3), 121-126.
- Greenberg, L. Normandin, C. (2011). Variations en matière d'espérance de vie à la naissance. *Statistique Canada*; Composante du produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada.
- Hanna I.R., Wenger N.K. (2005). Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Elderly Patients. *American Family Physician*; Atlanta : ProQuest Nursing & Allied

- Health Source 71(12).
- Institut national de la santé publique du Québec. (2004). Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC, Direction Planification, recherche et Innovation, Unité Connaissance-Surveillance
- Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, G. Y., Greenfield, S., & on behalf of the BRUM Steering Committee (2007). 'DNA' may not mean 'did not participate': A qualitative study of reasons for non-adherence at home- and centre-based cardiac rehabilitation. *Family Practice*, 24 (4), 343-357.
- Keaton A.K. et Pierce L.L. (2000). Cardiac Therapy for Men With Coronary Artery Disease. *Journal of holistic nursing*, 18 (1), 63-85.
- King, R. (2002). Illness attributions and myocardial infarction: The influence of gender and socio-economic circumstances on illness beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (5), 431-438.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2011). Variations locales de l'indice de défavorisation, consulté le 17 décembre 2011 : msss.gouv.qc.ca
http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=66
- Marmot, M. G. (2004). The status syndrome, How social standing affects our health and longevity. *Holt Paperbacks Henry Holt and company*, LCC, 320 p.
- Marmot, M.G., Smith, G.D. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *Lancet*, 337, 1387-1393.
- Oldridge, N.B. (1991). Cardiac rehabilitation services: what are they and are they worth it, *Comprehensive therapy*, 17, 59-66.
- Pampalon, R., Hamel, D., et Gamache P. (2008). Évolution des la mortalité prématurée au Québec, dans le livre de De kininck, M., Demers, A., Bernard, P. (2008) intitulé : *Les*

inégalité sociales de santé au Québec, Les presses de l'Université de Montréal.

Poland, B., Frohlich, K., Haines, R.J., Mykhalovskiy, E., Rock, M., Sparks, R. (2006). The social context of smoking: the next frontier in tobacco control? *Tobacco Control*, 15, 59 –63.

Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A. (Éds.).(1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, pp. 113-169. Boucherville : Gaëtan Morin.

Statistique Canada (2010). Mesure de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque au repos dans l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, cycle 1 • Travaux de recherche. *Rapports sur la santé*, 21 (1).

Statistique Canada (2007). Division de la surveillance des maladies chroniques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) . *Statistique Canada*.

Statistique Canada, Garriguet, D. (2004) Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens. No. 82-640-MIF.

Stronks, K. van de Mheen, H.D., Looman C.W.N., Mackenbach J.P. (1997). Cultural, Material, and Psychosocial Correlates of the Socioeconomic Gradient in Smoking Behavior among Adults, *Preventive Medicine*, 26, 754-766.

Wheatley, E. E (2006). Bodies at Risk : An Ethnography of Heart Disease. *Ashgate Publishing* : Burlington, 135.

Wenger N.K., Kent Smith L., Froelicher E.S. & Comoss P.M. (1999) Challenges and opportunities for additional research. In *Cardiac Rehabilitation : A Guide to Practice*

in the 21st Century, Marcel Dekker, New York, 343–359.

Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles : Can Bourdieu help us ?

Sociology of Health & Illness (Print), 17(5), 577-604.

Willich, S.N., Müller-Nordhorn, Kulig, ., Bonting, M., Gohlke, H., Hahmann, H.,

Besterhorn, K., Krobot, K., Völler, H. (2001) Cardiac risk Factors, medication, and recurrent clinical events after acute coronary disease: a prospective cohort study.

European Heart Journal, 22, 276-279.

Wyer, S. J., Earll, L., Joseph, S. Harrison, J., Giles, M. Johnston, M. (2001). Deciding

whether to attend a cardiac rehabilitation programme: an interpretative phenomenological analysis. *Coronary Health Care*, 5, 178-188.

Chapitre 6 :

Article 2

Réadaptation cardiaque et classes sociales : Des conditions d'existence qui font toute la différence

Cindy Bergeron, Alexandre Dumas et Mathieu Savage

Réadaptation cardiaque et classes sociales :

Des conditions d'existence qui font toute la différence

La plupart des institutions de santé au Québec ont mis sur pied des programmes de réadaptation cardiaque qui visent à modifier le style de vie des individus souffrant de maladies cardiovasculaires. Ces programmes se définissent globalement par un encadrement favorisant la cessation du tabagisme, l'amélioration de l'alimentation et la prise de médication, la gestion du stress ainsi que la pratique d'activités physiques sécuritaires (Keaton et Pierce, 2000). Ces types d'interventions permettent de diminuer les risques menant à un nouvel incident cardiaque et d'améliorer la qualité de vie et la longévité des participants (Grace et coll. 2002).

Si les programmes de réadaptation cardiaque ont démontré leur efficacité (Grace et coll. 2002), quelques études ont signalé un taux élevé d'abandon, soit 25 % au cours des trois premiers mois d'un incident cardiaque, 50 % au cours des six premiers mois (Oldridge, 1991; Bock, B.C., 1997) et 75 % après une année (Willich, 2001). Quelques études ont mis l'accent sur les taux de participation à ce type de programmes (Wenger et coll. 1999; Beswick, 2005), mais aucune, à notre connaissance, n'a approfondi la question des faibles taux de participation chez les personnes socioéconomiquement défavorisées (SÉD) et encore moins étudié la variation sociale de la participation à la réadaptation cardiaque.

Le faible taux de participation à ces programmes constitue un problème prioritaire pour la recherche en santé publique (Wenger et coll. 1999; Beswick, 2005). Les études antérieures ont discuté principalement des facteurs psychologiques, logistiques et biologiques influençant la participation, mais peu d'entre elles se sont penchées sur les fondements socioculturels tels le genre ou le niveau socioéconomique. À notre connaissance, aucune étude n'a traité spécifiquement des besoins et des interventions en réadaptation

cardiaque en fonction des facteurs culturels associés au statut socioéconomique. Pourtant, des ouvrages empiriques ont déjà signalé les faibles taux de participation des collectivités issus de milieux socioéconomiquement défavorisés (Hanna et Wenger, 2005). Si de tels travaux ont permis d'obtenir une perspective sommaire sur les inégalités en santé, une étude plus approfondie contribuerait à expliquer les niveaux de santé observés chez les communautés les plus démunies, puisque dans le contexte actuel du vieillissement de la population, le nombre de personnes atteintes de la maladie cardiaque augmentera de façon notable. Notre étude a eu pour objectif de déterminer les composantes du rapport au corps permettant de mieux comprendre les pratiques de RC qui différencient deux classes socioéconomiques.

À la lumière de tous les faits mentionnés précédemment, la présente étude porte sur les pratiques préventives de réadaptation cardiaque et la participation à un programme de réadaptation cardiaque (séances d'information) d'hommes de différentes classes socioéconomiques de l'Outaouais ayant souffert d'un incident cardiaque nécessitant une hospitalisation. En employant l'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu, cette étude vise à cerner certains aspects du rapport au corps d'hommes de divers milieux socioéconomiques en ce qui a trait la façon de traiter et d'entretenir leur corps en contexte de réadaptation cardiaque. Plus précisément, cette étude se penche sur les composantes du rapport au corps permettant de mieux comprendre les pratiques de RC qui différencient deux classes socioéconomiques. Elle permet aussi d'éclairer les professionnels de la santé afin qu'ils puissent mieux adapter les programmes destinés aux hommes socioéconomiquement défavorisés qui sont durement touchés par les problèmes cardiovasculaires.

Profil des participants et non-participants à la réadaptation cardiaque

Plusieurs études accordent une attention particulière au profil *des participants* aux

programmes de réadaptation cardiaque (par opposition aux non-participants). De façon générale, quatre caractéristiques composent ce profil : vivre dans des contextes socioéconomiques favorables (par exemple : bonnes conditions de travail, revenu familial élevé et scolarité supérieure) (Harlan et coll. 1995; Lane et coll. 2001; Evenson et coll. 1998; Farley et coll. 2003), être encouragé par son médecin à participer (Jackson et coll. 2005; Roblin, 2004), être à proximité de services de réadaptation cardiaque (Suaya et coll. 2007) et être disposé à parfaire sa santé cardiaque (Wyer et coll., 2001). Dans une étude de Wyer et coll. (2001), les participants aux programmes de réadaptation cardiaque, contrairement aux non-participants, sont plus conscients de la sévérité de leur maladie, ils la considèrent comme un événement ayant des conséquences graves nécessitant des actions immédiates pour améliorer leur santé, ils évaluent plus positivement les bénéfices potentiels de la réadaptation et ils ont un meilleur soutien de leur réseau social.

En raison du faible taux de participation, d'autres études portent sur le profil *des non-participants*. Trois caractéristiques principales dressent ce profil, soit un faible revenu (Cooper, 2002; Schulz et McBurney, 2000, Wyer et coll. 2001a, 2001b, 2001c, Taylor et coll. 2001), un domicile situé à une plus grande distance du programme de réadaptation cardiaque (Schulz et McBurney, 2000) et un âge avancé (Cooper, 2002, Schulz et McBurney, 2000; Taylor et coll. 2001). D'autres facteurs tels que les habitudes de vie sédentaire préalables à la maladie cardiaque (Lane et coll. 2001), la présence d'autres maladies incapacitantes (Suaya et coll. 2007), le fait de vivre seule (Schulz et McBurney, 2000), les difficultés d'accès à un moyen de transport (Schulz et McBurney, 2000) et les conflits d'horaires ou le manque de temps (Farley et coll. 2003; Evenson et coll. 2006; Jones et coll. 2007) ont aussi été signalés. Les non-participants se démarquent aussi par leur manque de connaissances sur le contenu d'un programme de réadaptation cardiaque, sur les facteurs de

risques de la maladie (Tod et coll. 2002; Cooper et coll. 2005; Schulz et McBurney, 2000) ainsi que sur les bénéfices anticipés de la participation à ces programmes (Tod et coll. 2002; Cooper et coll. 2005; Wyer et coll. 2001).

Plusieurs études identifient aussi des facteurs, décrits en terme de préférences, qui influencent négativement la participation aux programmes de réadaptation cardiaque (Clark, 2002; Evenson et coll. 2006; Jones et coll. 2007; Pell et Morisson, 1998; Farley et coll. 2003). La raison la plus couramment soulignée est le désintérêt pour le format de groupe (Farley et coll. 2003; Clark, 2002; Jones et coll. 2007; Evenson et coll. 2006). Ensuite, notons l'absence de motivation (Clark, 2002; Evenson et coll. 2006; Jones et coll. 2007; Pell et Morisson, 1998; Farley et coll. 2003) et le désintérêt envers les séances offertes en milieu hospitalier (Farley et coll. 2003). Certaines études mentionnent aussi le désir des patients de se prendre en charge par eux-mêmes pour améliorer leur santé (Jones et coll. 2007; Evenson et coll. 2006)

Approche théorique

L'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu et le concept d'habitus corporel ont été retenus pour l'analyse. Le concept d'habitus corporel renvoie au rapport au corps des groupes sociaux et permettra d'analyser les dispositions à participer à la réadaptation cardiaque des hommes de différentes classes socioéconomiques. Il est défini comme l'ensemble des schèmes de dispositions, de perceptions et d'appréciation envers son corps, à la manière de le traiter, de l'entretenir, de le soigner, etc. (Bourdieu, 1979).

Dans son texte classique sur les usages sociaux du corps, Luc Boltanski (1971) se penche sur la variation sociale complexe de la consommation médicale en utilisant le concept d'habitus corporel (culture somatique). L'auteur suggère par exemple que les

différents types de rapports au corps seraient à l'origine de la consommation inégale des soins médicaux entre les différentes classes socioéconomiques. Autrement dit, certaines dispositions envers les consultations médicales, les pratiques préventives et les réactions aux signes avant-coureurs de la maladie seraient déterminées par l'intensité du besoin médical ressenti par les membres de chaque classe ou l'intensité à laquelle ceux-ci perçoivent et tolèrent leurs sensations morbides.

L'utilité de cette approche pour étudier la variation sociale des styles de vie entre les classes socioéconomiques a été plus récemment documentée (Cockerham et coll. 1997, Williams 1995 et Calnan et Williams 1991). Selon ces études, l'approche Bourdieusienne permet d'identifier le rôle que joue l'habitus dans la création et la reproduction du style de vie et d'améliorer la compréhension des conditions de vie, des contraintes et des possibilités sur les choix du style de vie. Selon Williams (1995), cette approche a l'avantage d'expliquer le lien entre les ressources détenues par les individus membres d'une classe socioéconomique, leurs goûts, leurs dispositions corporelles et leurs pratiques préventives. Plus précisément, Calnan et Williams (1991) soulignent la variation sociale des perceptions envers le tabagisme chez les classes socioéconomiquement défavorisées par rapport aux classes plus favorisées. Chez les groupes socioéconomiquement défavorisés, la raison principale pour cesser de fumer est la manifestation physique de la maladie dans leur vie, alors que chez les groupes plus favorisés l'accent est plutôt sur les dangers et les risques potentiels du tabagisme.

Méthodologie

La présente étude s'inscrit dans une recherche qualitative plus vaste intitulée *Hommes, pauvreté et réadaptation cardiaque* (Dumas, 2007). C'est dans le cadre de cette étude que les considérations éthiques du projet actuel ont été élaborées et acceptées par le

Comité d'éthique de l'Université d'Ottawa, ainsi que celui du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau. L'étude plus vaste visait à mieux cerner les normes et les valeurs d'hommes de milieux socioéconomiquement défavorisés de différents âges en ce qui a trait à la façon de traiter et d'entretenir leur corps après la manifestation d'une maladie cardiovasculaire. Plus précisément, la présente étude se penche sur les composantes du rapport au corps permettant de mieux comprendre les pratiques de RC chez les hommes socioéconomiquement défavorisés comparativement aux membres des groupes favorisés. La région de l'Outaouais a été sélectionnée puisque d'après les plus récentes données disponibles de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en Outaouais, l'écart entre l'espérance de vie des catégories de revenus les plus pauvres et celles des plus riches est de 6,5 ans et se retrouve parmi les plus élevés au Québec (moyenne québécoise de 5,7 ans). (*DSPO, 1996*). Selon l'organisme, la maladie cardiaque (avec les maladies respiratoires chroniques et les accidents circulatoires) serait l'une des principales causes de cet écart avec la moyenne québécoise.

Dans le but de répondre aux objectifs de l'étude, l'échantillonnage dit intentionnel (Deslauriers et Kérisit, 1997) a été utilisé. Soixante participants ont été retenus pour la présente étude; soit 31 hommes socioéconomiquement défavorisés et 29 hommes issus des classes moyennes et moyennes supérieures. Chaque participant devait : être francophone de la région de l'Outaouais urbain; avoir subi un incident cardiovasculaire nécessitant une intervention médicale et requérant une hospitalisation; être considéré « autonome » selon les normes du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; être résident d'un milieu socioéconomiquement défavorisé ou d'un milieu favorisé. Il faut noter qu'une personne est considérée comme autonome si ses besoins sont inférieurs à une heure-soins/jour et qu'elle n'a pas besoin d'aide pour les activités quotidiennes telles que manger, se lever, s'habiller, se

laver, etc.

Deux stratégies de recrutement ont été utilisées et ont nécessité le travail de trois personnes sur une période de six mois. La première stratégie consiste à cibler les groupes socioéconomiquement défavorisés qui n'ont pas participé à la réadaptation cardiaque. En premier lieu, nous avons effectué des présentations dans les quartiers socioéconomiquement défavorisés, avons recruté les hommes dans des lieux publics, avons apposé des affiches et publié des annonces dans les journaux locaux. Cette méthode nous a permis de retenir 32 participants. La deuxième stratégie consiste à cibler les hommes qui ont participé à divers degrés d'intensité aux programmes de réadaptation cardiaque et vivant dans les zones urbaines les plus socioéconomiquement défavorisées (secteurs de l'île de Hull, Lac Beauchamp, Pointe Gatineau et Mont-Bleu Est) et les plus socioéconomiquement favorisées (secteurs du Plateau, Côté d'Azur, du Moulin, Hautes Plaines et Mont-Bleu Ouest). Grâce à la participation du Centre de santé et services sociaux de Gatineau, nous avons obtenu une liste anonymisée des participants aux programmes de réadaptation cardiaque ayant souffert des maladies cardiaques suivantes : arrêt cardiaque, cardiopathie, infarctus du myocarde, cardiomyopathie, angine, insuffisance cardiaque, etc. Nous avons alors sélectionné une liste de participants en utilisant les codes postaux. Par la suite, nous avons effectué le croisement entre les codes postaux, les aires de diffusion (plus petite unité géographique normalisée utilisée pour le recensement) associées à deux catégories de revenu total médian (moins de 20 000 \$ et plus de 44 000 \$). Une lettre a été envoyée à chacun des membres de cette liste (200 lettres envoyées), ce qui nous a aidés à obtenir 28 participants.

L'entrevue de type semi-dirigée a été utilisée parce qu'elle favorise une discussion plus naturelle et privilégie l'adaptation des questions dans le but d'approfondir certains éléments de réponses. La durée moyenne des entrevues était d'environ 90 minutes et elles

ont été enregistrées à la suite du consentement des participants. L'entrevue a débuté par un court questionnaire portant sur les données sociodémographiques. Par la suite, le questionnaire utilisé durant la seconde partie de l'entrevue aborde trois thématiques spécifiques correspondant à la théorie socioculturelle : la trajectoire socioéconomique de l'individu ainsi que les caractéristiques de son environnement social en terme de qualité du soutien (telle que perçue); l'expérience de la maladie cardiovasculaire telle que vécue par le participant, les ressources matérielles et humaines disponibles et accessibles en matière de pratique d'activités physiques; l'histoire (cheminement) personnelle en matière de perceptions, d'appréciation et d'attitudes en regard aux pratiques préventives (activités physiques, nutrition, consommation de médicaments, suivis médicaux préventifs, etc.) avec un accent particulier sur les programmes de réadaptation cardiaque.

Les entrevues ont toutes été transcrites et intégrées au logiciel de traitement de données qualitatives N-Vivo8. La méthode d'analyse du contenu par thème a été privilégiée. Dans un premier temps, les données fournies par les sujets ont pu être regroupées en catégories construites à partir de leurs affinités sémantiques. Cette démarche a été suivie d'une analyse des conditions de vie et des biographies personnelles de chacun des hommes interrogés (analyse verticale) (Poupart et coll. 1997). Cette étape a permis d'exploiter le potentiel du concept de rapport au corps. Enfin, les données ont été étudiées dans une perspective comparative entre les deux classes socioéconomiques, en portant un intérêt particulier au degré d'attention à la maladie, aux dispositions à la prévention et à l'intégration du discours sur la santé préventive (analyse transversale) (Poupart et coll., 1997). Les analyses verticales et transversales ont favorisé la compréhension des types de rapports au corps distinctifs, et de l'influence de ceux-ci sur la participation aux programmes de réadaptation cardiaque.

Deux catégories de participants ont été déterminées pour l'analyse, à savoir la classe socioéconomiquement défavorisée (sans emploi stable, fréquente les soupes populaires, banques alimentaires, maisons de chambre et centres d'hébergement, réside dans un HLM, nécessite un soutien du gouvernement pour se loger et occasionnellement pour se nourrir) et la classe moyenne (col bleu ou col blanc, moyenne à forte scolarité, habitent un quartier favorisé, faibles à inexistantes inquiétudes financières). Tous les participants ont souffert d'un incident cardiaque. Le tableau 1 illustre les différences notables dans les conditions d'existence des deux classes socioéconomiques de l'échantillon. Sur l'ensemble des hommes provenant de la classe moyenne (n=29) un seul a un historique d'emprisonnement et deux ont subi des abus pendant l'enfance comparativement à la classe socioéconomiquement défavorisée (n=31), dont 13 ont été incarcérés et 11 ont subi des abus pendant l'enfance. Plusieurs hommes moins bien nantis ne peuvent compter sur le soutien des membres de leur famille parce qu'ils ont peu de contact avec ceux-ci (17/31), contrairement aux classes moyennes où cette situation est plus rare (1/29). On ne saurait aussi passer sous silence le taux élevé de tabagisme chez les hommes moins bien nantis (24/31), alors que celui des classes moyennes est beaucoup plus faible (12/29). De plus, nous avons observé des traits distinctifs marquants entre les deux classes sociales en ce qui a trait au degré d'attention à la maladie, aux dispositions à la prévention et à l'intégration du discours sur la santé préventive. Ces éléments du rapport au corps seront développés un peu plus tard dans le texte à l'aide des données qualitatives.

Tableau 1. Caractéristiques des participants n=60

	Défavorisation matérielle et sociale faible et élevée (31)	Classes moyennes inférieure et supérieure (29)
Séances d'info. sur la réadaptation cardiaque	9	27
Médicaments	20	26
Suivis médicaux	17	26
Fumeur	24	12
Sédentaire	18	17
Célibataire	15	2
Ne voit plus sa famille	17	1
Sans enfant	8	1
Passé de toxicomanie ou d'alcoolisme	15	0
Passé d'incarcération	13	1
Victime d'abus à l'enfance	11	2

Degré d'attention à la maladie

Le degré d'attention à la maladie a été retenu comme l'un des traits distinctifs du rapport au corps entre les deux classes socioéconomiques. Le tableau 2 expose deux catégories de dispositions – les réactions aux signes avant-coureurs de la maladie et la gestion des priorités, telles que mentionnées par les hommes des deux classes socioéconomiques.

Tableau 2. Degré d'attention à la maladie

	Défavorisation matérielle et sociale faible et élevée	Classes moyennes inférieure et supérieure
Réaction aux signes avant-coureurs et aux symptômes de la maladie	- Minimisent la sévérité de la maladie - Attribuent les symptômes à une maladie qui ne nécessite pas de consultation médicale - Connaissent peu les symptômes liés à la maladie cardiaque - Consultent le médecin en dernier recours - Accordent peu d'attention aux effets de l'intervention chirurgicale	- Détectent les premiers symptômes dès qu'ils apparaissent - Tiennent compte des inconforts physiques dans un but de prévention des maladies - Communiquent avec le médecin dès les premiers symptômes
Gestion des priorités	- Priorisent la stabilité financière et s'assure de maintenir leur bien-être psychologique - Maintiennent leurs habitudes de travail - S'efforcent de régler d'autres problèmes jugés plus urgents	- Priorisent la prévention et la détection de la maladie - Tentent de réduire les facteurs de risque et les éléments stressants - Se soumettent à un éventail d'examen médicaux

Réaction aux signes avant-coureurs et aux symptômes de la maladie

Les questions sur l'expérience de l'incident cardiaque ont permis aux participants de s'exprimer sur les symptômes avant-coureurs de la maladie cardiaque. Chez les membres de la classe populaire, il existe une tendance claire à la minimisation de la sévérité de cette condition avant l'incident cardiaque puisqu'ils expriment avoir réagi faiblement aux symptômes précurseurs. Dans certains cas, ils ont attribué leurs symptômes à une maladie ou un inconfort ne nécessitant pas de consultation médicale (« brûlements d'estomac » ou « une indigestion »). Ils ont peu de connaissances des effets indésirables sur la santé de repousser le moment d'une intervention cardiaque et ont un faible intérêt à faire un suivi de l'état de leur condition physique. Dans d'autres cas, même si les symptômes ressentis sont ceux

associés à la maladie cardiaque (douleur au bras, douleur à la poitrine, etc.), les hommes moins bien nantis détiennent peu de connaissances de ces symptômes, ils minimisent leur sévérité et, en conséquence, ils réagissent tardivement. Comme l’a mentionné Sam :

À l’intérieur de dix jours, je me suis mis à avoir des palpitations au cœur, arythmie – soit ralenti, soit trop rapide, je ne sais pas, c’était comme un débalancement. C’était tellement présent. Plus qu’une simple pulsion qu’on ressent. Ça fait que là, j’ai dit « il y a de quoi » [...] après ça, j’ai laissé septembre, octobre passer, je m’en foutais [d’aller voir un médecin]. Même que j’avais le bras gauche engourdi. Non, je ne savais pas [que je faisais un infarctus] (Plongeur dans un restaurant, 41 ans).

Comme ils sont moins sensibles aux signes avant-coureurs de la maladie, les délais de consultation médicale prolongent et aggravent les risques de sévérité de la maladie et augmentent les risques de décès (King, 2002). De ce fait, comme les participants retardent la consultation avec leur médecin, ils se retrouvent confrontés à des situations extrêmes afin d’assurer leur survie. C’est le cas de Lionel qui a attendu trois jours avant d’appeler les services d’urgence : « *Et puis là quand j’étais plié en quatre, j’étais sûr que mon cœur allait exploser. J’appelle l’ambulance, et en arrivant à l’hôpital, j’ai dit : “Enlevez-moi le mal, faites ce que vous voulez, je vais signer n’importe quoi”* » (travailleur communautaire, 55 ans). Il est fréquent aussi qu’une tierce personne telle que la conjointe, un ami, un membre de la famille ou même l’employeur encourage fortement ces hommes à consulter un médecin, à se rendre à l’hôpital ou encore à appeler les soins d’urgence. Dans le cas de Marc, il a eu des douleurs incapacitantes et des difficultés respiratoires durant deux heures avant d’accepter que son fils le conduise à l’hôpital :

Rendu à six heures du matin, ça faisait une heure que je me promenais de long en large, je pensais que c’était une indigestion. Plus ça allait, plus j’avais un point au coeur, plus j’avais de la misère à respirer. Et puis quand mon garçon, qui habitait avec nous, est arrivé, il a dit : « Embarque dans la voiture je vais t’amener à l’urgence, tu n’es plus capable de respirer ». Je n’osais même pu respirer ça faisait bien trop mal... (assisté social, 54 ans).

La consultation avec un médecin est souvent envisagée dans le cas où la douleur devient insupportable : « *Quand j'étais vraiment rendu à la limite de ce que je pouvais endurer. À ce moment-là, j'allais voir le médecin* » (Jean-Paul, mécanicien, cuisinier, chauffeur, 50 ans). Ainsi, ces témoignages suggèrent donc fortement que la consultation médicale est considérée comme une solution de dernier recours, plusieurs participants préférant ne pas réagir rapidement à la douleur lors des phases préalables à l'infarctus ou à la crise d'angine aiguë.

Les perceptions et styles de vie après l'incident cardiaque et l'intervention chirurgicale sont aussi liés aux conditions de vie des participants. Plusieurs hommes provenant des classes populaires ont moins l'occasion de bénéficier d'une période de convalescence que les membres des classes moyennes. Leurs conditions d'existence façonnent clairement l'interprétation de la gravité de l'événement puisque plusieurs estiment qu'ils n'ont pas eu suffisamment de séquelles pour justifier une période de convalescence. Certains ont décrit leur incident cardiaque comme étant « de faible intensité » ou comme une « fatigue du cœur » et non comme un problème cardiaque. Pour Eddy, seuls les cas les plus graves doivent se prévaloir des services de réadaptation cardiaque : « *C'est sûr que [les séances d'information sur la réadaptation cardiaque] seraient bonnes pour les cas graves. Quand tu as des problèmes de cœur à 80 % [blocage] c'est grave, moi c'est médium. Je le trouve bon mon cœur tant qu'il ne pétera pas dans le rouge!* » (assisté social, 47 ans).

En contrepartie, les classes moyennes accordent une importance plus marquée que les classes populaires à ce qu'ils ressentent physiquement, cela ayant comme résultat de détecter et de prévenir les maladies dès que les premiers symptômes apparaissent. En effet, plusieurs témoignages de ce groupe suggèrent une sensibilité aiguë aux inconforts corporels dans un

but préventif et un plus grand intérêt à participer aux séances d'information sur la réadaptation cardiaque (n=27/29). Ils sont plus à l'écoute des changements qui se déroulent dans leur corps et des symptômes inhabituels (douleurs à la poitrine, crampes, engourdissements, essoufflements ou fatigue atypique). Dès qu'ils ressentent des symptômes, peu d'entre eux hésitent à communiquer avec leur médecin et à entreprendre des examens médicaux plus approfondis. Par exemple, Marcel décrit sa consultation médicale après avoir éprouvé un malaise et constaté une diminution de ses performances physiques :

Je me suis aperçu de [mon problème de coeur] sur le terrain de golf, au premier trou. J'ai simplement monté une côte, assez abrupte, puis j'avais un petit peu mal à l'estomac. Rendu en haut de la côte ça m'a pris plus de temps à jouer. Ça s'est replacé. J'en ai parlé à mon médecin. Je suis allé à l'hôpital. J'ai fait du tapis roulant. Mon médecin a dit : « Monsieur, vous faites de l'angine » (fonctionnaire à la retraite, 79 ans).

Gestion des priorités

Il est aussi possible d'expliquer la faible attention accordée par les hommes de milieux moins bien nantis à leur santé suite à leur intervention chirurgicale en raison de leurs obligations familiales. Au moment de l'hospitalisation, certains participants détenant peu de ressources doivent retourner à la maison sans tarder pour des obligations familiales. Par exemple, Bigras discute de ses obligations pour la garde de son fils, temporairement placé avec sa mère âgée :

Le lendemain [de mon intervention à l'institut de cardiologie de Montréal], le docteur est venu. J'ai dit : « je veux avoir ma *release* ». [...] J'ai dit : « il faut que je parte. Je suis monté en autobus de Gatineau, et puis mon autobus repart. Il faut que je parte aujourd'hui ». [...] Ma mère est âgée, et c'est la seule gardienne que j'ai pour mon fils (assisté social, 53 ans).

Après avoir subi un incident cardiaque, d'autres participants précipitent leur retour au travail pour des questions financières en mentionnant que le cours de la vie doit se poursuivre. Certains expliquent cette décision par le fait qu'ils soient fidèles à leur passion,

qu'ils doivent remplir leurs obligations professionnelles, et ils payer les factures, suggérant aussi une forte priorité envers leurs responsabilités financières. Max est un de ceux qui font des demandes précipitées au corps médical pour accélérer sa sortie de l'hôpital afin de retourner rapidement au travail :

Ah, non, non, non [je n'ai pas pris de congé]. J'ai recommencé sur le *towing*, là, trois heures après, après que je suis sorti de l'hôpital. La vie continue. C'est ça, *work, work, work*. Ma conjointe a essayé de me ralentir, mais oublie ça! Le lendemain matin, ils me disent, « On va te garder jusqu'au soir ». Non, non, non, « *Let's go*, faites vos [médecins] tests pour en finir », ça fait qu'à midi et demi, « Bye! » (rire). À trois heures j'étais sur le *towing* (ex-remorqueur, assisté social, 44 ans).

Les témoignages ci-dessus ont peu été présents chez les hommes des classes moyennes. Ces derniers manifestent un intérêt envers les consultations médicales préventives et l'obtention d'un suivi de leur état de santé. L'exemple de Jean-Marc est révélateur sur la santé et le suivi médical : « *Suite au décès de mon père, en 1969 j'ai fait des vérifications auprès des médecins, pour vérifier mon état de santé. À 17 ans, j'avais déjà un taux élevé de cholestérol sanguin. [...] On savait que j'avais eu un blocage qui datait de 1989. Et puis, j'avais demandé : "J'aimerais ça qu'on fasse une autre vérification de mon cœur, voir quel est mon état actuel"* » (haut fonctionnaire, 57 ans). Dans d'autres cas, même si aucun symptôme n'est ressenti et qu'il n'y a pas d'historique familial, plusieurs décident de consulter à intervalles réguliers un médecin afin de se soumettre régulièrement à un éventail d'examens médicaux.

Dispositions à la prévention

Pour Boltanski (1971) l'insécurité financière des classes populaires leur imposerait une vision à court terme et un sentiment d'un faible contrôle sur leur santé qui les empêche d'adopter une *attitude de prévision* face à la maladie. De manière générale, le faible

investissement en santé des hommes socioéconomiquement défavorisés et leurs faibles taux de fréquentation aux examens de dépistage témoigneraient de cette disposition à se préoccuper des problèmes liés aux urgences quotidiennes au détriment des problèmes de santé futurs et potentiels. En contrepartie, les conditions plus favorables facilitent l'adoption d'une vision à long terme chez la classe moyenne leur permettant d'incorporer un cadre plus préventif à l'égard de leur santé. Le tableau 3 expose les facteurs distinctifs des classes socioéconomiques dans leurs dispositions à la prévention. Non seulement le rapport au temps diverge, mais il existe aussi une distinction à l'égard de la perception du contrôle sur la santé.

Tableau 3. Dispositions à la prévention

	Défavorisation matérielle et sociale faible et élevée	Classes moyennes inférieure et supérieure
Le rapport au temps influence la prévention	- Valorisent l'instant présent - Anticipent des problèmes à court terme - Vivent un état d'urgence au quotidien	- Se préoccupent de leur état de santé dans l'avenir - Désirent conserver une qualité de vie et leur santé cardiovasculaire sur une période prolongée
Perception d'un contrôle sa santé	- Perçoivent qu'ils contrôlent difficilement leur santé - Détiennent une vision fataliste, les efforts n'en valent pas la peine - Misent beaucoup sur le hasard et le destin pour améliorer leur santé	- Estiment qu'ils contrôlent leur santé - Répondent aux normes de santé - Respectent les recommandations faites par leur médecin

Le rapport au temps influençant la prévention

La vie en proximité des conditions de nécessité façonne un rapport au temps à court terme rendant difficile l'adoption d'une attitude de prévention des maladies, c'est-à-dire d'avoir la liberté et la capacité d'investir dans le présent en fonction d'une projection dans l'avenir. Beaucoup d'hommes vivant dans des conditions précaires consacrent leurs efforts et

leurs ressources à résoudre les problèmes du quotidien. Ils soulignent très fréquemment vivre au jour le jour : « *Moi en ce moment je vis jour pour jour là. Je prends ça une journée à la fois* » (Alfred, étalagiste, 39 ans). « *Je vis de façon spontanée. Je n'ai pas de projets d'avenir. Je suis spontané, à la seconde* » (Jean-Charles, livreur, 53 ans). « *Moi, j'ai [des objectifs] au jour le jour* » (Danny, itinérant et assisté social, 37 ans). « *C'est de même que je vis, une journée à la fois* » (Lionel, travailleur communautaire, 55 ans).

Comme ils doivent gérer des urgences quotidiennement, ils réagissent peu aux signes avant-coureurs de la maladie. Ils ont de la difficulté à se projeter dans l'avenir lorsque les symptômes ne sont pas concrets et visibles. Similairement, tel que rapporté par Calnan et William (1991), la modification de leurs habitudes de vie se manifeste lors de la présence tangible des conséquences de la maladie et lorsqu'elle affecte leur quotidien. Par exemple, Serge indique qu'il a cessé de fumer lorsqu'il a constaté concrètement, lors d'un examen, les dommages sur sa santé causés par le tabagisme : « *À ce moment-là, disons quand on a soufflé dans le ballon [respiromètre mesurant le taux de CO₂]. Là, j'ai vu que j'avais vraiment les poumons noirs. Alors, en fin de compte, là, j'ai décidé : j'arrête de fumer* » (assisté social, 59 ans).

En contrepartie, les participants des classes moyennes se préoccupent davantage de prévention et se projettent davantage dans l'avenir lorsqu'il s'agit de réadaptation cardiaque. Ceux-ci manifestent leur désir de conserver une qualité de vie et une santé cardiovasculaire sur une période prolongée. Le témoignage de Paul illustre clairement cet aspect : « *Je suis conscient que ma santé n'est plus ce qu'elle était. Je n'ai plus la résistance d'avant, mais j'ai encore une certaine qualité de vie que j'aimerais garder pour un autre 10 ans. Je t'ai dit que je veux mourir juste dans 15 ans* » (travailleur en comptabilité et administration, semi-retraité, 73 ans). En plus de signifier un intérêt à maintenir leur santé, ils sont plus réceptifs

aux normes de santé et ils fournissent des efforts afin de respecter les recommandations énoncées par leur médecin. Par exemple, Kelly adopte des activités physiques à la suite des conseils de son médecin : « *Pour commencer, ce sont les médecins qui m'ont recommandé de faire de l'exercice physique, de la marche pour faire fonctionner tout le temps mon système cardiaque, pour le renforcer et puis en même temps pour activer la circulation sanguine dans mon corps* » (Agent de la GRC à la retraite, 74 ans). Pour d'autres, les séances de réadaptation cardiaque sont l'occasion d'entamer un meilleur régime de vie et d'investir dans leur santé : « *À chaque cour qu'ils [professionnels de la santé] te donnent et en jasant avec tous ces gens-là, tu découvres ce que tu faisais de pas correct et ce qu'il faut que tu fasses. Moi j'ai mis ça en pratique. J'ai pris ça à la lettre* » (Julien, comptable à la retraite, 65 ans).

Perception d'un contrôle de sa santé

Selon Cockerham et coll. (1997), les personnes vivant dans les conditions sociales plus précaires seraient caractérisées par un sentiment de perte de contrôle dans diverses sphères de leur vie. De manière semblable, cette perception de perte de contrôle sur leur vie et sur leur santé a été fortement évoquée chez les participants socioéconomiquement défavorisés. Plusieurs d'entre eux consacrent la majeure partie de leurs ressources financières et de leur temps à répondre à leurs besoins primaires; ils estiment donc détenir peu d'emprise sur leur vie et peinent à contrôler leur condition de vie future. Par ailleurs, peu de ressources leur sont disponibles pour composer avec les situations imprévues de la vie quotidienne, notamment lorsque survient la maladie. Cette perte de contrôle se traduit donc directement dans leur style de vie. Ils sont peu enclins à s'investir dans des programmes de prévention secondaire telle que la réadaptation cardiaque. Leur vision fataliste s'exprime dans leurs références fréquentes aux croyances religieuses, en soulignant que leur destin est

prédéterminé, et par le fait qu'ils misent beaucoup sur le hasard et le destin pour améliorer leur santé. À ce sujet, Max indique : « *Regarde. On a une date dans le grand livre en haut. Quand ton temps sera arrivé, ton temps sera arrivé, les médecins ne pourront rien faire dans ce temps-là* » (ex-remorqueur, maintenant sur l'assistance sociale, 44 ans). Dans le cas de Claude, il va encore plus loin dans la notion de destin en indiquant qu'il refuserait l'intervention du personnel médical dans le cas où un autre incident cardiaque surviendrait : « *Si je ne passe pas à travers mon vivant, c'est tout simplement parce que je suis appelé à finir comme ça. C'est la fin de mon règne. "That's it, that's all!"*. [...] *Moi, comme je vous ai dit, si j'ai une autre attaque cardiaque, il n'y a personne qui va me toucher. Je l'ai lu ça [dans la Bible]* » (chômeur, 52 ans).

Contrairement aux classes populaires, les participants des classes moyennes ont évolué dans des conditions de vie leur permettant de réaliser des objectifs et d'exercer un meilleur contrôle sur leur santé. Ceux-ci ont manifesté plus intensément leur intérêt à adopter les recommandations liées à la réadaptation cardiaque. Leur motivation consiste à éviter un incident cardiaque supplémentaire ou à empêcher la détérioration de leur état. Tel qu'indiqué par Robert : « *Je n'aimerais pas avoir une autre crise cardiaque ou quoi que ce soit. Non, non! Ça, c'est sûr et certain! [Mon objectif c'est de] surveiller mon alimentation et faire un peu d'exercice* » (économiste, 70 ans). Comme ils désirent et estiment pouvoir contrôler leur santé, il n'est pas surprenant qu'ils investissent dans leur style de vie afin de prévenir l'apparition de la maladie, de maintenir ou d'améliorer leur état. Dans le prochain extrait d'entretien, Marcel exprime sa confiance envers les moyens qui existent pour améliorer sa santé à 79 ans : « *Un ami me disait : "Monsieur Marcel, c'est quoi votre formule, votre secret pour être en forme comme ça?" J'ai dit tout bonnement : "une bonne alimentation, de*

l'exercice et puis contrôle ton stress'' » (fonctionnaire à la retraite, 79 ans). Dans un autre cas, après son incident cardiaque, Jean-Pierre décide de modifier son alimentation à la suite d'une discussion avec son médecin sur son taux de cholestérol élevé :

C'était parce que mon médecin m'avait dit : « tu sais que ton taux de cholestérol est élevé ». Ça fait qu'il voulait me donner des médicaments. Mais là, je lui ai dit : « laisse-moi le temps de regarder si je ne peux pas le réduire [tout seul] en changeant mon alimentation ». J'ai rencontré une diététicienne qui m'a fait des recommandations puis je les ai suivies. (fonctionnaire, 64 ans)

Intégration du discours sur la santé préventive

La comparaison entre les deux groupes a aussi exposé différents rapports en ce qui a trait à l'intégration du discours sur la santé préventive. Ce sont les hommes des classes populaires qui éprouvent de plus grandes difficultés à ce sujet comparativement à ceux des classes moyennes. Le tableau 4 décrit les composantes énoncées par les hommes des deux classes à cet égard.

Relation avec le corps médical

Quelques auteurs ont mentionné les difficultés de communication entre les personnes socioéconomiquement défavorisées et leur médecin; cela serait attribuable au clivage entre la culture du médecin et celle de son patient (Boltanski 1971; Ministère de la santé et services sociaux du Québec, 2002). Le niveau d'éducation influencerait l'utilisation de certains concepts ce qui aurait pour effet d'entraver la communication. L'usage de termes scientifiques ou techniques par les médecins limiterait d'une certaine façon la compréhension du patient de classe moins favorisée. À titre d'exemple, dans un extrait tiré d'une entrevue sur la compréhension du discours du médecin, Joe souligne : « *La moitié du temps, ils [les médecins] me disent des choses que je ne comprends pas* » (nettoyeur/plongeur de 73 ans).

Tableau 4. Intégration du discours sur la santé préventive

	Défavorisation matérielle et sociale faible et élevée	Classes moyennes inférieure et supérieure
Relation avec le corps médical	- Éprouvent des difficultés de communication avec les professionnels de la santé - Intègrent difficilement les conseils des professionnels de la santé - Désirent préserver leur autonomie - Sont peu disposés aux prescriptions du personnel médical	- Communiquent de façon efficace avec les professionnels de la santé - Démonstrent une très grande confiance envers le médecin - Accordent une confiance aux professionnels de la santé
Rapport aux programmes de RC	- Portent un regard critique sur le discours normatif en santé publique - Éprouvent des difficultés à répondre aux demandes des professionnels de la santé - Craignent d'être exposés au jugement d'autres participants	- Investissent rigoureusement dans leur réadaptation cardiaque - Apprécient la réadaptation cardiaque en groupe

Certains conseils du médecin sont peu adaptés à la réalité des hommes de la classe populaire. Certains d'entre eux tel que Leeroy considèrent que les médecins ne peuvent pas vraiment les aider : « *Je n'aime pas ça du tout les hôpitaux. Je n'ai pas vraiment confiance que les médecins peuvent m'aider* » (travailleur de la construction, 45 ans). Certains croient quant à eux que les médecins ne font que « prescrire des médicaments ». C'est le cas de Maurice, qui abandonne son régime médicamenteux faute de croyance envers les bienfaits de la médecine allopathique : « *Et bien les médecins, y vendent des pilules [...] J'ai décidé d'arrêter par moi-même, en lisant toutes sortes d'affaires là-dessus* » (assisté social, 51 ans).

Par ailleurs, l'analyse témoigne du rapport de familiarité qui unit les membres des classes moyennes avec le corps médical. Cette relation favorise un dialogue et augmente l'efficacité de la communication. Par exemple, les efforts de Jean-Marc pour s'assurer d'un

meilleur suivi de ses progrès médicaux sont éloquentes :

J'ai un rapport de HDL, LDL et mon poids avec l'année et le jour. Ça fait 25 ans que j'ai ça. Ça fait que le médecin regarde ma feuille de route. On voit exactement vers où je me dirige. [...] Moi, si je garde le progrès... Je suis content. Quand j'ai un test de cholestérol qui n'est pas bon... comme si le HDL est trop bas, je ne suis pas content de moi (haut fonctionnaire, 57 ans).

Un autre exemple est l'illustré par Benoit. Les hommes de classes moyennes sont plus enclins à utiliser des concepts précis et appartenant aux représentations biomédicales, ce qui aide à la communication : « *Très intéressant, l'alimentation surtout, ils [les intervenants en réadaptation cardiaque] expliquaient le bon cholestérol, le mauvais cholestérol. Tu sais, je lisais justement un article la semaine passée sur les œufs. Il y a un bon cholestérol dans l'œuf, le HDL* » (pompier, 49 ans).

Les hommes de la classe moyenne démontrent aussi davantage de confiance envers leur médecin et envers les autres professionnels de la santé. Tel que mentionné par Paul : « *Quand j'ai vu l'équipe là, ça m'a donné confiance* » (administrateur, semi-retraité, 73 ans). Il existe aussi une complicité entre le médecin et le patient qui s'exprime par le respect des prescriptions du médecin. À ce sujet, Rhéal, un enseignant de 67 ans, souligne : « *Mon médecin je le vois une fois par année depuis toujours* » (informaticien, 58 ans), et Gerry mentionne : « *Et bien, je suivais les directives des médecins* » (retraité, 67 ans).

Rapport aux programmes de réadaptation cardiaque

Un examen qualitatif plus approfondi des composantes qui influencent la participation à la réadaptation cardiaque décrite dans les travaux précédents a permis de mieux expliquer la variation de la participation selon le statut socioéconomique. À titre d'exemple, le discours normatif de la réadaptation cardiaque faisant la promotion de la longévité et de la qualité de vie du patient semble peu adapté à la vision du monde des

groupes socioéconomiquement défavorisés. Dû à leurs conditions d'existence, beaucoup d'hommes socioéconomiquement défavorisés jugent difficilement réalisables les prescriptions des professionnels.

En outre, les hommes moins bien nantis manquent aussi de réceptivité à suivre les prescriptions du personnel médical estimant que celles-ci entravent leur autonomie. À titre d'exemple, ils ont le désir de conserver leur style de vie et le peu de liberté qu'ils détiennent dans leur vie personnelle. C'est le cas de Leeroy qui voit peu de bénéfices à l'adoption d'un nouveau style de vie : *« Je ne pense pas moi [qu'on peut empêcher la maladie cardiaque]. Je ne m'empêcherai pas de vivre pour ça. Comme c'est là, j'ai ma petite vie, je vis ça de même, et je n'arrêterai pas de manger du beurre ou des affaires de même rien à cause que... »* (travailleur en construction, 45 ans).

Certains participants indiquent qu'ils sont désintéressés par le format de groupe des séances de réadaptation cardiaque, un format qui génère parfois un sentiment s'apparentant à la honte. Eddy, par exemple, souligne ne pas vouloir participer aux séances d'information : *« il y a de l'orgueil là-dedans, c'est certain. Le monde ne veut pas trop que ça se sache, qu'ils sont atteints au cœur. Personnellement, moins qu'il y a de personne qui le sait, mieux que c'est »* (assisté social, 47 ans). D'autres participants mentionnent qu'ils ne sont pas motivés à participer : *« Moi, je ne les ai pas suivis les cours. Je ne sais pas où je l'ai mis mon livre sur ça. Pfff. Je fais mon affaire, comme ça me tente. Peut-être bien que si je regardais dans le livre pour faire ce qu'ils disent, je me tannerais »* (Joseph, déménageur, 79 ans). *« Je n'étais pas plus intéressé que ça, tu sais. »* (Alfred, étalagiste, 39 ans). Quelques participants ne perçoivent pas la nécessité de suivre ou de poursuivre les séances d'information sur la réadaptation cardiaque, parce qu'ils ne perçoivent plus les symptômes de la maladie cardiaque. Lionel est de cet avis : *« J'avais été faire du tapis [roulant] puis voir un*

spécialiste et puis j'avais lâché. Je me sentais correct » (travailleur communautaire, 55 ans).

Les hommes de la classe moyenne suggèrent un investissement plus rigoureux dans leur réadaptation cardiaque, parce qu'en plus de participer activement aux séances d'information à ce sujet, ils modifient leur style de vie de façon durable. Mike est représentatif à cet égard, puisqu'il insiste sur le fait qu'il a adopté le nouveau régime alimentaire recommandé par un nutritionniste, et que ce régime est prioritaire pour sa réadaptation cardiaque : *« J'ai fait de la réadaptation. C'est sûr que j'ai rencontré une nutritionniste. Elle m'a dit comment manger sainement. Ma copine est diabétique, c'est sûr qu'on fait attention. Ça arrive de temps en temps qu'on se paie la traite, mais on fait attention à ce que l'on mange »* (technicien en laboratoire à la retraite, 62 ans). D'autres participants tels que Julien s'investissent intensément dans leur réadaptation cardiaque en approfondissant leur apprentissage, par exemple en prenant rendez-vous avec la personne responsable du programme ou en consultant la documentation fournie :

J'ai appelé au service de la réadaptation et j'ai dit : « ça ne marche pas mon affaire. » Là, elle a dit : « On va prendre rendez-vous. On va s'asseoir tous les deux. Là, en attendant, pendant deux semaines tu vas écrire tout ce que tu manges de A à Z. » [...] Ils te donnent un livre qui est ça d'épaisseur. Il y a tout dedans et je le consulte souvent. Le livre te donne toutes les informations au niveau de la diète, tous les aliments qui sont bons pour toi (comptable à la retraite, 65 ans).

Pour les membres de cette classe, le format de groupe est souvent perçu comme un élément positif pour la modification des habitudes de vie, puisqu'il permet le partage d'expériences et de se sentir moins seul à vivre cette situation :

« Oui, c'était l'fun [les séances d'information]. On a rencontré beaucoup de monde. Et là, il fallait que tu expliques ta première attaque de cœur, comment ça s'est passé. Et là, toute la gang expliquait, comment ça a commencé. Oui, c'était bon. Oui, j'ai bien aimé ça. Et là, tu vois que tu n'es pas tout seul » (Donald, retraité, 68 ans).

Michel est aussi du même avis : « *J'aimais beaucoup ça [les séances d'information] parce qu'on se racontait nos expériences. Les autres personnes qui t'écoutaient elles prenaient des notes... parce qu'elles pouvaient s'en servir* » (ex-boucher, 82 ans).

Conclusion

Peu d'études qualitatives ont approfondi la question des faibles taux de participation à la réadaptation cardiaque chez les groupes socioéconomiquement défavorisés, et encore moins étudié les facteurs qui les différentient des hommes des classes moyennes. Globalement, notre étude a souligné des facteurs de participation (et de non-participation) semblables aux études précédentes (Clark, 2002; Evenson et coll. 2006; Jones et coll. 2007; Pell et Morisson, 1998; Farley et coll. 2003), mais l'approche théorique de Pierre Bourdieu a permis de les approfondir à travers un point de vue sociologique.

L'approche socioculturelle nous a offert la possibilité d'étudier les pratiques de réadaptation cardiaque et de révéler les différentes façons de traiter et d'entretenir son corps en fonction de chacune des deux classes socioéconomiques. En ciblant le rapport au corps, il a été possible d'expliquer la variation sociale des pratiques liées à la réadaptation cardiaque et de donner un sens à ce qui influence la participation aux séances d'information offertes par les services de réadaptation cardiaque de la région de l'Outaouais. La théorie de Pierre Bourdieu a offert une approche contribuant à mieux comprendre l'effet des conditions d'existences sur plusieurs facteurs en amont du « choix rationnel » de pratiques constitutives d'un style de vie et sur la façon d'adopter des pratiques préventives en contexte de réadaptation cardiaque.

Notre étude a eu pour objectif de déterminer les composantes du rapport au corps permettant de mieux comprendre les pratiques de RC qui différentient deux classes

socioéconomiques. Les résultats montrent le rôle crucial que peuvent jouer les professionnels de la santé dans l'adoption d'un mode de vie correspondant aux normes de santé en vigueur. Les études sur le rapport au corps approfondissent des facteurs en amont des pratiques préventives et des simples connaissances sur les comportements appropriés à adopter. Elles favorisent le développement d'outils d'intervention respectueux et non culpabilisants, ciblés et adaptés, qui tiennent compte des inégalités sociales et de la complexité des déterminants sociaux de santé, qui peuvent être intégrés à d'autres politiques sociales. Nos résultats soulignent que les méthodes actuelles utilisées en réadaptation cardiaque fonctionnent bien auprès des classes moyennes, mais seraient inadéquates pour les classes moins favorisées. Ils soulignent aussi les perceptions différentielles entre les participants moins bien nantis et les professionnels de la santé. Ainsi, le défi pour ceux qui œuvrent en promotion de la santé semble être élevé puisque les personnes issues de milieux défavorisés percevraient la cessation des symptômes comme marquant la fin de la période de convalescence, ce qui encourt peu d'investissement dans un style de vie propre à un régime de santé pour les populations cardiaques.

Quelques précisions doivent être apportées en ce qui a trait aux limites de notre étude. La comparaison entre les deux classes socioéconomiques a pu occulter une certaine hétérogénéité intra-classe. Une analyse plus fine des fractions de classe aurait peut-être soulevé d'autres facteurs explicatifs des styles de vie des participants et aurait pu établir d'autres facteurs de différenciation du rapport au corps. L'analyse s'est penchée sur des participants âgés entre 25 à 84 ans. Une analyse des cohortes d'âges aurait pu cependant apporter davantage de précision à l'égard des pratiques préventives en contexte de réadaptation cardiaque. Enfin, il faut demeurer prudent dans l'application de ces données à d'autres contextes.

Références

- Beswick, A. D., Rees, K., West, R. R., Taylor, F. C., Burke, M., Griebisch, I., et coll. (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (5), 538-555.
- Bock, B.C., Albrecht, A.E., Traficante, R.M., Clark, M.M, Pinto, B.M., Tilkemeir,P., Marcus, B.H. (1997), Predictors of exercise adherence following participation in a cardiac rehabilitation program, *International Journal of Behavioural Medicine*, 4(1) 60-75.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Les Annales*, 1, 205-233.
- Bourdieu, P. (1979). La distinction : Critique sociale du jugement, Paris : Minuit.
- Calnan, M. and Williams, S. (1991). Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances. *Sociology of Health Science Illness*. 13(4), 506-529.
- Clark, A.M., Barbour, R.S. & McIntyre, P.D. (2002) Preparing for change in the secondary prevention of coronary heart disease: a qualitative evaluation of cardiac rehabilitation within a region of Scotland. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 589–598.
- Cockerham, W. C., Rutten, A., Abel T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyle : Moving Beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38 (2), 321-342.
- Cooper, A. F., Jackson, G., Weinman, J., & Horne, R. (2005). A qualitative study investigating patients' beliefs about cardiac rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 19(1), 87-96.
- Cooper, A. F., Jackson, G., Weinman, J., & Horne, R. (2002). Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: A systematic review of the literature. *Clinical Rehabilitation*, 16(5), 541-552.

- Cooper A.F., Lloyd G., Weinman J., Jackson G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs, *Heart*, 82, 234-236.
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M.. (1997). Le devis de recherche qualitative. In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A. (Éds.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, pp.113-169. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Direction de la Santé publique de l'Outaouais (DSPO) (1996). Variations de la mortalité en relation avec le taux de pauvreté des quartiers en Outaouais et dans le Québec urbain. Hull : *Régie régionale de la santé et des services sociaux*.
- Evenson, K.R., Johnson, A. Aytur, S.A. (2006). Five-year Changes in North Carolina Outpatient Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 26,366-376.
- Evenson, K.R., Rosamond, W. D., Luepker, R.V. (1998). Predictors of Outpatient Cardiac Rehabilitation Utilization: The Minnesota Heart Survey. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 18(3), 192-198.
- Farley, R. L., Wade, T. D., Birchmore, L. (2003). Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 205–212.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Shnek, Z. M., Irvine, J., Franche, R. L., & Stewart, D. E. (2002). Cardiac rehabilitation I: Review of psychosocial factors. *General Hospital Psychiatry*, 24(3), 121-126.
- Hanna I.R., Wenger N.K. (2005). Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Elderly Patients. *American Family Physician*, Atlanta : *ProQuest Nursing & Allied Health Source*, 71(12).

- Harlan, W.R., Sandler, S.A., Lee, K.L., Lam L.C. and Mark, D.B. (1995). Importance of Baseline Functional and Socioeconomic Factors for Participation in Cardiac Rehabilitation. *The American journal of cardiology*, 76, 36-39.
- Jackson, L., Leclerc, J., Erskine, Y. and Linden, W. (2005). Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. *Heart*, 9, 10-14.
- Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, G. Y., Greenfield, S., & on behalf of the BRUM Steering Committee (2007). 'DNA' may not mean 'did not participate': A qualitative study of reasons for non-adherence at home- and centre-based cardiac rehabilitation. *Family Practice*, 24 (4), 343-357.
- Keaton A.K. et Pierce L.L. (2000). Cardiac Therapy for Men With Coronary Artery Disease. *Journal of holistic nursing*, 18 (1), 63-85.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2010), État de santé de la population québécoise : Quelques repères (2010.), Direction de la surveillance de l'état de santé de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2002). Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liés à la pauvreté.
- Oldridge, N.B. (1991). Cardiac rehabilitation services: what are they and are they worth it, *Comprehensive therapy*, 17, 59-66.
- Pell JP, Morrison CE (1998). Factors associated with low attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Cardiology*, 5, 152-154.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A. (Éds.).(1997) *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*,

- Boucherville : Gaëtan Morin, 113-169.
- Roblin, D., Discker III, R. A., Orenstein, D., Wilder, M., Eley, M. (2004). Delivery of Outpatient Cardiac Rehabilitation in a Managed Care Organization. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*;24, 157-164.
- Schulz, D. L., McBurney, H. (2000). Factors which influence attendance at a rural Australian cardiac rehabilitation program. *Coronary Health Care*, 4, 135–141.
- Taylor F.C., Victory J.J. & Angelini G.D. (2001). Use of cardiac rehabilitation among patients surgery. *Heart*, 86, 92–93.
- Tod, A. M., Lacey, E. A., & McNeill, F. (2002). ‘I’m still waiting...’: Barriers to accessing cardiac rehabilitation services. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (4), 421-431.
- Wenger N.K., Kent Smith L., Froelicher E.S. & Comoss P.M. (1999). Challenges and opportunities for additional research. In *Cardiac Rehabilitation : A Guide to Practice in the 21st Century* , Marcel Dekker, New York, 343–359.
- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles : Can bourdieu help us ? *Sociology of Health & Illness (Print)*, 17(5), 577-604.
- Willich, S.N., Müller-Nordhorn, Kulig, Bonting, M., Gohlke, H., Hahmann, H., Besterhorn, K., Krobot, K., Völler, H. (2001) Cardiac risk Factors, medication, and recurrent clinical events after acute coronary disease: a prospective cohort study. *European Heart Journal*, 22, 276-279.
- Wyer, S. J., L. Earll, S. Joseph, J. Harrison, M. Giles, M. Johnston (2001a). Deciding whether to attend a cardiac rehabilitation program: an interpretative phenomenological analysis. *Coronary Health Care*, 5, 178-188.
- Wyer, S. J., L. Earll, S. Joseph, J. Harrison, M. Giles, M. Johnston (2001b). Increasing attendance at a cardiac rehabilitation program: an intervention study using the Theory

of Planned Behaviour. *Coronary Health Care*, 5(3), 154-159.

Wyer , S., Joseph, S., Earll, L. (2001c). Predicting attendance at cardiac rehabilitation : a review and recommendations. *Coronary Health care*, 5, 171-117.

Chapitre 7 : Conclusion générale

Cette étude a pour objectif de déterminer les composantes du rapport au corps exerçant une influence sur la participation à la RC de soixante hommes ayant subi une intervention médicale à la suite d'un problème cardiaque. L'étude a donné lieu à deux articles distincts. Le premier article s'est penché plus spécifiquement sur les hommes moins bien nantis, et souligne une tendance lourde : les hommes SÉD sont peu enclins à adopter un style de vie conforme aux recommandations de la santé publique et à participer plus formellement à des séances de RC offertes gratuitement par un Centre de santé et de services sociaux. L'analyse de leur rapport au corps suggère aussi que leurs conditions d'existence ont façonné une hiérarchie des priorités et engendré une faible attitude de prévention de la maladie. Celles-ci ont comme conséquence de retarder les soins médicaux nécessaires lors de l'incident cardiaque et de limiter les suivis médicaux nécessaires après leur intervention médicale au cœur.

Les résultats du deuxième article permettent une meilleure compréhension du rapport au corps, en contexte de RC, entre les deux groupes de participants de différents niveaux socioéconomiques. Plusieurs traits distinctifs entre les deux groupes ont été relevés. Soulignons notamment le degré d'attention à la maladie, les dispositions à la prévention et l'intériorisation des normes de santé. Les résultats incitent à croire que les programmes de RC fonctionnent généralement bien auprès des membres des classes moyennes, mais qu'ils seraient beaucoup moins efficaces pour ceux vivant en contexte de défavorisation. L'analyse des 60 entrevues atteste aussi du fait que la distance à la nécessité économique (proximité ou éloignement) influence fortement le rapport au temps des individus ainsi que leur attitude de prévention. Comme en témoignent les

entrevues, des conditions de vie précaires engendreraient des pratiques qui sont dirigées prioritairement vers la résolution des problèmes urgents, visibles et concrets; en contrepartie, des conditions d'existence plus favorables soutiennent quant à elles une attitude de prévention des maladies qui se manifeste dans un ensemble de pratiques visant à contrer les problèmes de santé futurs.

De manière globale, l'étude a été fortement inspirée par la théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu. Cette approche offre une meilleure compréhension des relations entre le statut socioéconomique et les dispositions corporelles. Elle a permis d'approfondir les connaissances sur l'effet des conditions d'existence sur le rapport au corps et les styles de vie des individus. Le texte canonique de Luc Boltanski (1971) nous a aussi été très utile pour mieux comprendre la variation sociale des styles de vie, ainsi que les mécanismes sociaux explicatifs des pratiques de santé. Entre autres, les concepts de rapport au temps et *d'attitude de prévision de la maladie* se sont avérés essentiels pour l'analyse.

Sur le plan de l'intervention, nos conclusions s'inscrivent dans la foulée des textes plus critiques en promotion de la santé (Raphael, 2002) qui remettent en question les politiques de promotion de la santé qui sont hautement individualistes, centrées principalement sur la modification du style de vie et qui négligent l'environnement socioculturel des individus. Si de telles approches ont peut-être porté fruit pour certains groupes, les résultats de la présente étude témoignent fortement de leurs limites lorsqu'il s'agit de populations vulnérables. En ce sens, ce point de vue sociologique permet donc une compréhension plus globale des dispositions corporelles et du sens que les individus leur accordent.

À la lumière des différences entre les deux groupes socioéconomiques, il semble

être crucial de tenir compte des conditions d'existence dans l'exercice de promouvoir la santé cardiaque. S'il n'existe aucune solution « miracle » pour contrer les effets de la pauvreté sur la santé, certaines pistes de direction semblent néanmoins plus prometteuses. À court terme, certaines interventions permettraient de varier l'offre de services en RC. Premièrement, il serait profitable d'utiliser un enseignement actif plutôt que passif. Condon et coll. (2006) soutiennent que la meilleure façon de modifier les habitudes de vie serait de permettre aux individus de participer activement au changement de leurs « mauvaises habitudes » plutôt que de leur demander d'assimiler passivement des informations. Certains participants de notre étude par exemple ont mentionné qu'ils auraient préféré des activités physiques surveillées ou auraient aimé cuisiner des recettes à peu de frais avec l'aide d'une nutritionniste. Deuxièmement, il serait aussi potentiellement bénéfique d'offrir des rencontres individuelles à ceux qui le désirent puisque les formats de groupe ont parfois freiné la participation d'individus plus timide à l'environnement de groupe, et ce, surtout lorsque sa composition était très hétérogène. Ainsi, certains programmes de RC pourraient se dérouler dans les milieux communautaires puisque certains participants manifestent leur tiédeur à retourner en milieu hospitalier peu familier. Troisièmement, les professionnels de la santé pourraient communiquer plus efficacement le contenu et les aspects logistiques d'un programme de RC en adaptant leur niveau de langage lors de la transmission d'informations aux personnes SÉD. Enfin, les professionnels de la santé auraient la possibilité de prendre davantage en considération l'horaire de travail atypique des travailleurs issus des milieux moins bien nantis ce qui pourrait favoriser leur participation.

À long terme, d'autres actions pourraient être mises en œuvre afin d'améliorer la

santé cardiaque des populations vulnérables. En plus d'influencer négativement la RC, nos analyses montrent aussi clairement que les conditions d'existence influenceraient plusieurs autres déterminants sociaux de la santé. Ainsi, un meilleur soutien économique et social améliorerait fort probablement la santé cardiaque. Par exemple, l'accès à un logement peu coûteux, de meilleurs revenus et un soutien psychologique lors de périodes de détresse contribueraient à limiter les effets dévastateurs de vivre dans des conditions d'existence précaires. Autrement dit, les interventions utilisées doivent être intégrées à d'autres politiques sociales et employer des outils d'interventions respectueux et non culpabilisants, ciblés et adaptés aux populations masculines SÉD, tout en tenant compte des inégalités sociales et de la complexité des déterminants sociaux de santé.

Cette stratégie rencontrera plusieurs obstacles de taille. En observant l'évolution des écarts de mortalité selon la défavorisation, Pampalon (2008 : 27) a constaté, d'une part, l'augmentation des inégalités sociales entre les quintiles extrêmes de revenus, et d'autre part, que si au terme de la dernière décennie, il y a eu une réduction de la mortalité prématurée pour tous les groupes socioéconomiques, ces « gains de mortalité ont été plus importants chez les groupes favorisés que défavorisés ».

Enfin, cette étude a permis de mieux comprendre les mécanismes sociaux qui influencent les pratiques préventives en santé et ont favorisé l'analyse des déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire, en amont du choix rationnel d'adopter un comportement. Ce type d'information pourrait contribuer au développement de programmes plus efficaces en promotion de la santé : a) en informant les intervenants du domaine de la RC sur les problèmes et défis rencontrés par les membres des classes SÉD, b) en sensibilisant les acteurs en RC sur les facteurs qui influencent leur adoption de pratiques préventives et

c) en soulignant le rôle crucial que jouent les professionnels de la santé dans leur développement d'attitudes préventives en santé.

Nous croyons que cette étude constitue un bon point de départ pour améliorer les services en santé cardiaque destinés aux groupes moins bien nantis de la population, mais d'autres études doivent être entreprises afin de confirmer leur efficacité. Si cette population détient les plus faibles niveaux de santé et qu'elle est durement touchée par les problèmes cardiovasculaires, peu de chercheurs leur ont porté une attention particulière. Des méthodologies et cadres théoriques doivent donc être appliqués pour mieux les intégrer dans le cadre de recherches en santé publique.

En guise de conclusion, notons que des précisions doivent être apportées en ce qui a trait aux limites de cette étude. L'analyse des résultats a relevé plusieurs tendances lourdes rapportées en fonction du niveau socioéconomique, ce qui risque d'avoir occulté certains états de fait minoritaires ou d'autres perspectives. Par exemple, une analyse plus fine des fractions de classes aurait peut-être soulevé d'autres facteurs explicatifs des styles de vie des participants. De manière semblable, l'analyse aurait aussi pu relever les différences selon l'âge puisque l'échantillon représente un groupe âgé de 25 à 84 ans. Enfin, il serait aussi important de considérer la dimension sexuée des styles de vie. Comment la masculinité interagit-elle avec la classe sociale dans l'étude des pratiques de santé? Il faudrait faire preuve de prudence dans l'extrapolation de ces données à d'autres contextes culturels, ceux-ci pouvant modifier le style de vie d'homme vivant dans des milieux socioéconomiques comparables à ceux de notre étude.

Description de l'apport des collaborateurs

J'ai (Cindy Bergeron) collecté et transcrit une partie des données qui ont servi à l'analyse des deux articles. J'ai effectué l'analyse des données et rédigé les deux articles. Alexandre Dumas, le directeur de la thèse, m'a donné des indications pour approfondir l'analyse des données. Il a révisé à plusieurs reprises la structure et la rédaction des deux articles. Mathieu Savage, un étudiant à la maîtrise, a contribué à la collecte et la transcription des données des deux articles. Plusieurs discussions ont eu lieu entre Alexandre, Mathieu et moi à propos du projet de recherche « *Hommes, pauvreté et réadaptation cardiaque* » (Dumas, 2007). Ces discussions peuvent avoir influencé en partie l'analyse des articles.

Références

- Agence de la santé du Canada. (2011). Suivi des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Canada. Faits saillants sur les AVC 2011.
- Alwitt, LF, Donley, TD. (1997). Retail stores in poor urban neighborhoods. *Journal Consum. Aff.*;31:139–64.
- Association canadienne de réadaptation cardiaque (2004). *Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention, Enhancing the Science, Refining the Art*, Second Edition. Winnipeg.
- Barnett, R., Moon, G., & Kearns, R. (2004). Social inequality and ethnic differences in smoking in new zealand. *Social Science & Medicine*, 59 (1), 129-143.
- Beswick, A. D., Rees, K., West, R. R., Taylor, F. C., Burke, M., Griebisch, I., (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: Literature review.

Journal of Advanced Nursing, 49(5), 538-555.

Blackburn GC, Foody JM, Sprecher DL, Park E, Apperson-Hansen C, Pashkow FJ.

Cardiac rehabilitation participation patterns in a large, tertiary care center: evidence for selection bias. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 20, 189-95.

Bock, B.C., Albrecht, A.E., Traficante, R.M., Clark, M.M, Pinto, B.M., Tilkemeir, P., Marcus, B.H. (1997), Predictors of exercise adherence following participation in a cardiac rehabilitation program, *International Journal of Behavioural Medicine*, 4(1), 60-75.

Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Les Annales*, 1, 205-233.

Booth, K. M., Pinkston, M. M., & Poston, W. S. C. (2005). Obesity and the built environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, S110–S117.

Bouchard, L. ,Gilbert, A., Landry, R., Deveau, K. (2006). Capital social, santé et minorités francophones. *Revue Canadienne de santé publique*. S17-S21

Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*, Seuil

Bourdieu, P. (1993). Comprendre. Dans : La misère du monde. Édition du Seuil.

Bourdieu, P. (1980). Le capital social. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31(1), 2-3

Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Minuit

Bourdieu, P. (1979/1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgment of Taste*, Cambridge, MA : Harvard University Press.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction: Critique sociale du jugement*, Paris : Minuit.

Bourdieu, P. (1978). « Comment peut-on être sportif ? » dans *Questions de sociologie*.

- Paris : Éditions de Minuit, 173.
- Burton, N. W, Turrell, G. & Oldenburg, B. (2003). Participation in recreational physical activity: Why do socioeconomic groups differ? *Health Education & Behavior*, 30(2), 225-244.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2),167-182.
- Clark, A. M., MacIntyre, P. D.& Cruickshank, J. (2007). A critical realist approach to understanding and evaluation heart health programmes. *Health :An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 11(4), 513–539.
- Clark, A. M., Barbour, R. S., White, M., & MacIntyre, P. D. (2004). Promoting participation in cardiac rehabilitation: Patient choices and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 5-14.
- Clark, A.M., Barbour, R.S. & McIntyre, P.D. (2002) Preparing for change in the secondary prevention of coronary heart disease: a qualitative evaluation of cardiac rehabilitation within a region of Scotland. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 589-598
- Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liés à la pauvreté (2002). La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être: Orienter et soutenir l'action! dans Wenger (2008) Current status of Cardiac Rehabilitation.
- Condon, C., McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*,

- 5, 37-44.
- Cooper, A. F., Jackson, G., Weinman, J., & Horne, R. (2005). A qualitative study investigating patients' beliefs about cardiac rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 19(1), 87-96.
- Cooper, A. F., Jackson, G., Weinman, J., & Horne, R. (2002). Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: A systematic review of the literature. *Clinical Rehabilitation*, 16(5), 541-552.
- Cooper A.F., Lloyd G., Weinman J., Jackson G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82, 234-236.
- Creswell, J. W.; Miller, D. L. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry, (3), 124-130
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand oaks : Sage Publications In Creswell, J.W. (Éd.). Chap. 10. Standards of Quality and Verification.
- Crockett EG, Clancy KL, Bowering J. (1992). Comparing the cost of a thrifty food plan market basket in three areas of New York state. *Journal Nutr Educ*, 24,71S– 8S.
- Denzin N.K.et Lincoln Y.S. (1994). *Introduction : Entering the Field of Qualitative Research*. In Handbook of qualitative research. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M.. (1997). *Le devis de recherche qualitative*. In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A. (Éds.). La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques, Boucherville : Gaëtan Morin,113-169.

- Devine, C. M. (2005). A life course perspective: Understanding food choices in time, social location, and history. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 37(3), 121-128.
- Direction de la santé publique de l'Outaouais (DSP) 2004-2007. *Pour des gens en santé dans des milieux en santé*. Régie Régionale de la santé et des services sociaux.
- Direction de la Santé publique de l'Outaouais (DSPO) (1996). *Variations de la mortalité en relation avec le taux de pauvreté des quartiers en Outaouais et dans le Québec urbain*. Hull : Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- Dumas A. et Laberge S. (2005a). Older women's relations to bodily appearance: the embodiment of social and biological conditions of existence. *Aging & Society*, 25, 883-902.
- Dumas A. et Laberge S. (2005b). Social Class and Ageing Bodies: Understanding Physical Activity in Later Life. *Social Theory & Health*, 3(3), 183-205
- Dumas, A. (2004). When the past does not determine the future: Older women, poverty and physical activity. [Quand le passé n'est pas garant de l'avenir: aînées, pauvreté et activités physiques] *Recherches Feministes*, 17(1), 77-109.
- Dumas, A., Turner, B.S. (2006) Age and ageing : The social world of Foucault and Bourdieu, In Foucault and Ageing, J. L. Powell et a. Wahidin (éds). New-York: Nova publishers.
- Ellis-Hill, C.S., Horn, S.(2000) Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14, 279.
- Emslie, C. ,Hunt, K.(2009) Men, Masculinities and Heart Disease: A Systematic Review of the Qualitative Literature. *Current Sociology*, 57, 155.

- Emslie, C. (2005). Women, men and coronary heart disease: A review of the qualitative literature. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 382-395.
- Emslie, C. Hunt, K., O'Brien, R. (2004) Masculinities in Older Men: A Qualitative Study in the West of Scotland. *The Journal of Men's Studies*, 12(3), 207-226.
- Emslie, C. Hunt, K., Watt, G. (2001) 'I'd rather go with a heart attack than drag on': lay images of heart disease and the problems they present for primary and secondary prevention. *Coronary Health Care*, 5(1), 25-32
- Evenson, K.R., Johnson, A. Aytur, S.A. (2006) Five-year Changes in North Carolina Outpatient Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 26, 366-376.
- Evangelista, L. S., Kagawa-Singer, M., Dracup, K. et al. (2001) Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart & Lung*, 30(3).
- Evenson, K.R., Rosamond, W. D., Luepker, R.V. (1998). Predictors of Outpatient Cardiac Rehabilitation Utilization: The Minnesota Heart Survey. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 18(3), 192-198.
- Faircloth, C. A., Boyle, C., Rittman, M., Young, M., Gubrium, J. (2004). Sudden illness and biographical flow in narratives of stroke recovery. *Sociology of Health & Illness*, 26 (2), 242-261.
- Farley, R. L., Wade, T. D., Birchmore, L. (2003). Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 205-212.
- Filip J, McGillen C, Mosca L. (1999). Patient preferences for cardiac rehabilitation and

- desired program elements. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 19, 339-343.
- Fondation des maladies du cœur (2006) Prenez le contrôle réduisez vos risques de maladie du cœur et d'AVC : <http://www.fmcoeur.com/atf/cf/%7B3CB49E24-0FB7-4CEE-9404-67F4CEE1CBC0%7D/TC-Risque-FR-2006.pdf>
- FMCC - Fondation des maladies du cœur du Canada (2001) Le bulletin des Canadiens en matière de crises cardiaque affiche des bonnes et des mauvaises notes, <http://ww2.fmcoeur.ca>.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Shnek, Z. M., Irvine, J., Franche, R. L., & Stewart, D. E. (2002). Cardiac rehabilitation I: Review of psychosocial factors. *General Hospital Psychiatry*, 24(3), 121-126.
- Hanna I.R., Wenger N.K. (2005). Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Elderly Patients. *American Family Physician*, 71 (12) .
- Harlan, W.R., Sandler, S.A., Lee, K.L., Lam L.C. and Mark, D.B. (1995). Importance of Baseline Functional and Socioeconomic Factors for Participation in Cardiac Rehabilitation. *The American journal of cardiology*, 76, 36-39
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Lamontagne, P. Hamel, D. (2008) Poids corporel de la population adulte québécoise : Mise à jour 2005/ Exploitation des données de l'ESCC 3.1.
- Institut de la statistique du Québec (1998). Enquête sociale et de santé 1998 2^e édition, Collection la santé et le bien-être.
- Jackson, L., Leclerc, J., Erskine, Y. and Linden, W. (2005). Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors.

Heart 9,10-14

- Johansen, H. Nargundkar, M. Nair, C. Taylor, G. (1998). Courir le risque d'avoir une première maladie cardiaque ou une rechute. *Rapports sur la santé*, 9 (4).
- Johnston CS, Taylor CA, Hampl JS. (2000). More Americans are eating "5 a day" but intakes of dark green and cruciferous vegetables remain low. *Journal Nutr.*,130, 3063–3077.
- Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, G. Y., Greenfield, S., & on behalf of the BRUM Steering Committee (2007). 'DNA' may not mean 'did not participate': A qualitative study of reasons for non-adherence at home- and centre-based cardiac rehabilitation. *Family Practice*, 24(4), 343-357.
- Kaufman, S. (1998). Illness, biography, and the interpretation of self following a stroke. *Journal of aging studies*, 2 (3), 217-227.
- Keaton A.K. et Pierce L.L. (2000). Cardiac Therapy for Men With Coronary Artery Disease. *Journal of holistic nursing*, 18(1), 63-85.
- King, K. M., Humen, D. P., & Teo, K. K. (1999). Cardiac rehabilitation: The forgotten intervention. *The Canadian Journal of Cardiology*, 15(9), 979-985.
- King, R. (2002). Illness attributions and myocardial infarction: The influence of gender and socio-economic circumstances on illness beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 431-438.
- Kino-Québec (Comité scientifique) (2004). *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec (Avis du comité)*. Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, Gouvernement du Québec.

- Laberge S (2003). Liens entre pratique d'activités physiques et santé des québécoises: les logiques sociales de trois groupes d'âge. *Chronique féministe*, 85, 75–81.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., Lip, G.H. (2001). Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 497– 501
- Lawton, J. (2003) Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of Health & Illness*, 25, 23–40.
- Laraia BA, Siega-Riz AM, Kaufman JS, Jones SJ. (2004). Proximity to supermarkets is positively associated with diet quality index for pregnancy. *Prev. Med.*, 39, 869-875.
- Leon, A. S., Franklin, B. A., Costa, F., Balady, G. J., Berra, K. A., Stewart, K. J., et al. (2005). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: An american heart association scientific statement from the council on clinical cardiology (subcommittee on exercise, cardiac rehabilitation, and prevention) and the council on nutrition, physical activity, and metabolism (subcommittee on physical activity), in collaboration with the american association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. *Circulation*, 111(3), 369-376.
- Lukkarinen (1999). Life course of people with coronary artery disease. *RN Journal of Clinical Nursing*, 8, 701-711
- Mantovani RE, Daft L, Macaluso TF, Welsh J, Hoffman K. (1997). Authorized food retailer characteristics study: technical report IV authorized food retailers' characteristics and access study. Alexandria VA: Office of Analysis and Evaluation, U.S. Department of Agriculture Food and Consumer Service.

- Marmot, M. (2004). The status syndrome, How social standing affects our health and longevity. *Holt Paperbacks Henry Holt and company*, LCC, 320 p.
- Morland K, Wing S, Diez Roux A, Poole C. (2002) Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places. *American Journal Preventive Medicine*, 22, 23–29.
- Morris PM, Neuhauser L, Campbell C. (1992). Food security in rural America: A study of availability and cost of food. *Journal Nutr Educ*, 24, 52S– 58S.
- Must, A., Spadano, J., Coakley, E., Field, A., Colditz, G., & Dietz, W. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 282(16), 1523–1529.
- Oldridge,N.B. (1991). Cardiac rehabilitation services: what are they and are they worth it, *Comprehensive therapy*, 17, 59-66.
- Pampel, F. C. (2002). Inequality, diffusion and the status gradient in smoking. *Social Problems*, 49, 35-57.
- Pampalon, R., Hamel, D., et Gamache P. (2008). Évolution des la mortalité prématurée au Québec, dans le livre de De kininck, M., Demers, A., Bernard, P., (2008) intitulé *Les inégalité sociales de santé au Québec*, Les presses de l'Université de Montréal.
- Pell, JP, Morrison, CE (1998). Factors associated with low attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Cardiology*, 5, 152-154.
- Pérez, C. E. (2001). Fruit and vegetable consumption. *Health Reports*, 13(3), 23-31.
- Pierret, J. (2003). The illness experience : State of knowledge and perspective for research. *Sociology of Health and Illness*, 25, 4-22.

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

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

Pope, C., et Mays, N. (2006). *Qualitative research in health care*. Blackwell Publishing.

Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A.

(Éds.).(1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaëtan Morin, 113-169.

Pound, P., Gompertz, P., Ebrahim, S. (1998). Illness in the context of older age: the case of stroke. *Sociology of Health & Illness*, 20(4), 489–506

Raphael, D. (2002). *Social Justice is Good for Our Hearts: Why Societal Factors – Not Lifestyles – are Major Causes of Heart Disease in Canada and Elsewhere*, Toronto: CSJ Foundation for Research Education.

Ratchford, A.M., Hamman, R.F. Regensteiner, J.G. Magid, D.J. Gallagher, S.B.,

Merenich, J.A. (2004). Attendance and Graduation Patterns in a Group-model Health Maintenance Organization Alternative Cardiac Rehabilitation Program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 24,150-156.

Renaud, Marc, avec la collaboration de Bouchard, Louise (1994). « Expliquer l'inexpliqué: l'environnement social comme facteur clé de la santé », *Interface*, 15(2), 15-25.

Richards, H., & Emslie, C. (2000). The “doctor” or the “girl from the University”?

Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. *Family Practice*, 17,71-75.

Roblin, D., Diseker III, R. A., Orenstein, D., Wilder, M., Eley, M. (2004). Delivery of

- Outpatient Cardiac Rehabilitation in a Managed Care Organization. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 24,157-164.
- Roos, E., Sarlio-Lähteenkorva, S., Lallukka, T., Lahelma, E. (2006) Associations of work–family conflicts with food habits and physical activity. *Public Health Nutrition*, 10(3), 222–229.
- Roos, E., Lahelma, E., Virtanen, M., Prättälä, R., & Pietinen, P. (1998). Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour. *Social Science and Medicine*, 46 (12), 1519-1529.
- RRSSSO - Régie régionale de la santé et des services sociaux de l’Outaouais (1996) Variations de la mortalité en relation avec le taux de pauvreté des quartiers en Outaouais urbain et dans le Québec urbain. Bibliothèque nationale du Québec, Québec, 23.
- Sanders, C., Donovan, J. Dieppe, P. (2002). The significance and consequences of having painful and disabled joints in older age: co-existing accounts of normal and disrupted biographies. *Sociology of Health & Illness*, 24 (2), 227-253.
- Sarfati, D., & Scott, K. M. (2001). The health of lone mothers in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 114, 257–260. Assess determinants and barriers related to fruit and vegetable consumption in multi-ethnic populations. Proceedings of the meeting of the American Public Health Association, San Francisco.
- Schulz, D. L., McBurney, H. (2000). Factors which influence attendance at a rural Australian cardiac rehabilitation program. *Coronary Health Care*, 4, 135-141.
- Stafford, M., Cummins, S., Ellaway, A., Sacker, A., Wiggins, R. D., & Macintyre, S. (2007). Pathways to obesity: Identifying local, modifiable determinants of

- physical activity and diet. *Social Science and Medicine*, 65(9), 1882-1897.
- Statistique Canada (2007). Division de la surveillance des maladies chroniques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada).
- Statistique Canada. (2005) Série de documents de recherche - Revenu, *Les seuils de faible revenu de 2006 et les mesures de faible revenu de 2005*, No. 75F0002MIF
- Statistique Canada, Garriguet, D. (2004) Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens. No 82-640-MIF
- Statistique Canada (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, pour la Rencontre des Ministres de la santé.
- Statistique Canada (1998), Enquête nationale sur la santé de la population 1996-97, Microfiches pour usage public. Ottawa, , no de catalogue 82M0009XCB.
- Stead, M., MacAskill, S., MacKintosh, A-M., Reece, J., & Eadie, D. (2001). "It's as if you're locked in": Qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health and Place*, 7, 333-343.
- Stronks, K. van de Mheen, H.D., Looman C.W.N., Mackenbach J.P. (1997). Cultural, Material, and Psychosocial Correlates of the Socioeconomic Gradient in Smoking Behavior among Adults, *Preventive Medicine*, 26, 754-766
- Suaya, J.A., Shepard, D.S., Normand S-L. T, Ades P.A., Protas, J. and. Stason, W.B (2007). Use of Cardiac Rehabilitation by Medicare Beneficiaries After

- Myocardial Infarction or Coronary Bypass Surgery. *Circulation*, 116, 1653-1662.
- Subar AF, Heimendinger J, Patterson BH, Krebs-Smith SM, Pivonka E, Kessler R. (1995). Fruit and vegetable intake in the United States: the baseline survey of the five a day for better health program. *American Journal Health Promotion*, 9, 352-360.
- Taylor F.C., Victory J.J. & Angelini G.D. (2001) Use of cardiac rehabilitation among patients surgery. *Heart*, 86, 92–93.
- Thompson, D. R. (2002). Improving cardiac rehabilitation: A view from the united kingdom. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(2), 95-99.
- Tod, A. M., Lacey, E. A., & McNeill, F. (2002). 'I'm still waiting...': Barriers to accessing cardiac rehabilitation services. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (4), 421-431.
- Tulle, E.(2007) Running to Run: Embodiment, Structure and Agency amongst Veteran Elite Runners. *Sociology*, 41(2), 329–346
- Van der Bij AK, Laurant MG, Wensing M (2002) Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 120-133.
- Wacquant L. (2005) dans Beckert J. and Zafirovski M. (2005). Habitus. Dans *International Encyclopedia of Economic Sociology*. pp. 315-319 London: Routledge. Bordeaux : Ed. Le Mascaret.
- Wadsworth, M.E., Montgomery, S.M., Bartley, M.J., 1999. The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. *Social Science and Medicine*, 48 (10), 1491–1499.

- Warburton, D.E., Whitney Nicol, C., Bredin, S.S., (2006) Health Benefits of physical activity: the evidence, *Canadian medical association journal*, 174(6), 801-809.
- Wheatley, E. E (2006). *Bodies at Risk: An Ethnography of Heart Disease*. Ashgate Publishing : Burlington. 135 p.
- Wenger, N. K. (2008). Current status of Cardiac Rehabilitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 51, (17).
- Wenger N.K., Kent Smith L., Froelicher E.S. & Comoss P.M. (1999) Challenges and opportunities for additional research. In *Cardiac Rehabilitation: A Guide to Practice in the 21st Century*, Marcel Dekker, New York, pp. 343–359.
- Williams, C.(2000). Doing Health, Doing Gender: Teenagers, Diabetes and Asthma, *Social Science and Medicine*, 50, 387–96.
- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles : Can bourdieu help us ? *Sociology of Health & Illness (Print)*, 17(5), 577-604.
- Willich, S.N., Müller-Nordhorn, Kulig, Bonting, M., Gohlke, H., Hahmann, H., Besterhorn, K., Krobot, K., Völler, H. (2001) Cardiac risk Factors, medication, and recurrent clinical events after acute coronary disease: a prospective cohort study. *European Heart Journal*, 22, 276-279.
- Wrigley N, Warm D, Margetts B, Whelan A. (2002) Assessing the impact of improved retail access on diet in a ‘food desert’: a preliminary report. *Urban Stud*, 39, 2061-2082.
- Wyer, S. J., L. Earll, S. Joseph, J. Harrison, M. Giles, M. Johnston (2001a). Deciding whether to attend a cardiac rehabilitation programme: an interpretative phenomenological analysis. *Coronary Health Care*, 5, 178-188.
- Wyer, S. J., L. Earll, S. Joseph, J. Harrison, M. Giles, M. Johnston (2001b). Increasing

- attendance at a cardiac rehabilitation program: an intervention study using the Theory of Planned Behaviour. *Coronary Health Care*, 5(3), 154–159.
- Wyer , S., Joseph, S., Earll, L. (2001c). Predicting attendance at cardiac rehabilitation : a review and recommendations .*Coronary Health care*, 5, 171-177.
- Zenk, S. N., Schulz, A. J., Hollis-Neely, T., Campbell, R. T., Holmes, N., Watkins, G., et al. (2005). Fruit and vegetable intake in african americans: Income and store characteristics. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(1), 1-9.

Annexe 1 : Adaptation du tableau tiré du *Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention (2004)*

Voici une adaptation du tableau tiré du *Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention (2004)* qui résume très bien les normes de pratiques préventives idéales pour prévenir ou améliorer la maladie cardiaque (Association canadienne de réadaptation cardiaque, 2004).

Paramètres	Objectifs
Activités physiques et exercices	Accumuler de 30 à 60 minutes d'activités physiques modérées à vigoureuses préférablement à chaque jour de la semaine.
Contrôle du poids	Maintenir un BMI de 18,5 à 24,9 (Kg/m ²) et un tour de taille de moins de 102 cm pour les hommes et de 88 cm pour les femmes.
Consommation d'alcool	S'abstenir ou consommer un maximum de : Hommes : 14 consommations par semaine Femmes : 9 consommations par semaine
Consommation de tabac	Cesser la consommation de toutes les formes de tabac. Éviter l'exposition à la fumée secondaire.
Alimentation	Suivre les recommandations du Guide alimentaire canadien - Alimentation faible en gras saturé, cholestérol, gras trans - Consommation de fruits et légumes - Consommation de produits laitiers faibles en gras
Gestion du stress	Éviter ou contrôler la dépression, l'état de colère et d'hostilité, la confrontation, le stress psychosocial ou au travail
Santé psychosociale	Être évalué pour la dépression (patient atteint de MC ou à haut risque de MC).

Les habitudes alimentaires et la pratique d'activités physiques nécessitent davantage d'explications. Le *Canadian Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Cardiovascular Disease Prevention (2004)* souligne quelques recommandations au sujet de l'alimentation

pour les personnes à risque ou atteintes de MC (Association canadienne de réadaptation cardiaque, 2004). Ces interventions doivent correspondre avec les besoins de l'individu, ses préférences alimentaires, tout en tenant compte de son âge, sa culture et ses habitudes de vie. En général, les individus doivent suivre les recommandations du *Guide alimentaire canadien*, tout en s'assurant qu'ils consomment une quantité adéquate de protéines, d'acide gras, de fibres, de vitamines et de minéraux. L'équilibre entre la consommation de nourriture et la pratique d'activités physiques c'est-à-dire l'équilibre calorique doit servir à maintenir un poids santé et à réduire les chances de développer de l'obésité, particulièrement l'obésité abdominale.

Les exercices physiques compris dans les programmes de RC doivent être régis par un ensemble de règles et de procédure afin d'assurer la sécurité des participants. L'Association canadienne de réadaptation cardiaque (2004) indique quelques éléments clés de la prescription d'exercice ainsi que des recommandations afin d'obtenir un programme d'activités physiques sécuritaire pour les patients. Les points clés comprennent 1) L'évaluation par la stratification du risque chez le patient afin d'assurer une prescription d'exercices sécuritaires et efficaces, 2) la prescription d'exercice doit être déterminée par ceux qui possèdent la formation appropriée ainsi que l'expérience nécessaire 3) la prescription des exercices de résistance doit respecter avec la formule pour les exercices d'entraînement FITT (fréquence, intensité, temps et type).

Sommaire des recommandations pour l'entraînement de résistance destinées aux personnes cardiaques. (Association canadienne de réadaptation cardiaque, 2004)

Fréquence	2-3 jours par semaine
Intensité	40 %-60 % de la capacité maximale
Temps	1 séquence de 12-15 répétitions
Type	8-10 exercices pour le bas et le haut du corps

Annexe 2 : Lettre de recrutement

Étude sur les hommes ayant subi un incident cardiaque

Bonjour Monsieur,

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

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

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

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

Chaque participant recevra \$30 pour sa compensation.

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

Pour plus d'information, veuillez me contacter au XXX-XXXX poste XXXX ou m'écrire par courriel au: XXXXXX

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

Alexandre Dumas, Ph.D.

Annexe 3 : Anonymat et confidentialité

Monsieur,

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

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

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

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

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

Merci,

Alexandre Dumas, Ph.D.

Annexe 4 : Lettre d'information

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

Madame, Monsieur,

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

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

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

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

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

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

Alexandre Dumas, Ph.D.
Professeur
(XXX) XXX-XXXX poste XXXX

Annexe 5 : Les champs sélectionnés pour l'extraction de données.

1. Groupes ayant fait de la RC et ayant participé au prog. de RC

A) Produire une liste dénominalisée de tous les participants ayant participé au programme de RC et ayant eu un des diagnostics suivants :

Champs sélectionnés dans la base de données pour l'extraction de données.

- Sexe: Homme
- Nom : XXX, prénom XXX
- Adresse: rue et secteur (Hull, Gatineau, Aylmer)
- Âge: Entre 45 et 75 ans (champs date de naissance)
- Langue: Francophone Français
- Date 1: XXXX-XX-XX
- Champs biomédicaux: (1) Intervention (service professionnel): Les patients ont suivi au moins une étape du « Programme de réadaptation cardiaque », (2) Date du début de l'intervention en réadaptation, et (3) Diagnostic principal:

- Conditions obligatoires :

- 1) Date 1 ne doit pas être nulle,
- 2) Aucun statut DÉ (pour décédé) ne doit être associé pour chacun des NAM inscrit sur la liste
- 3) Le NAM (numéro d'assurance maladie) doit apparaître une seule fois sur la liste
- 4) Le diagnostic principal doit faire partie de la liste qui suit :

No. de diagnostic	Diagnostic principal
106	Pontage coronarien
129	Arrêt cardiaque
402	Cardiopathie due à l'HTA
411	Autres CI aiguës...
412	Infarctus ancien du Myocarde
414	Autres formes de CI chroniques
425	Cardiomyopathie
4101	IAM sans onde Q
4102	IAM avec onde Q
4131	Angine stable
4132	Angine instable
4281	Insuffisance cardiaque
4282	Insuffisance cardiaque avec choc

B) Production des listes d'envoi.

Produire une liste associant tous les codes postaux de Gatineau, les indicateurs d'aire de diffusion et revenu médian

Repérer les codes postaux qui correspondent à aux revenus médians les plus faibles.

C) Tri final : sélection de participants en fonction d'obtenir une hétérogénéité de participants (âge, classe sociale, RC...)

Annexe 6 : Guide d'entrevue

INTRODUCTION

Est-ce que vous pouvez me parler d'où vous venez? Votre milieu? Votre emploi?

(Interviewé (INT): Explorer les conditions d'existence et les trajectoires sociales)

LA MALADIE EN TANT RUPTURE BIOGRAPHIQUE

1. Pouvez-vous me décrire le contexte dans lequel vous vous trouviez lorsque vous avez eu votre crise cardiaque (CC)

(INT: Décrire la maladie (type et intensité) et le contexte – âge, contexte familial, lieu de résidence, intensité et convalescence)

2. Après une CC, certaines personnes vivent des *transformations dans* leur corps (visibles et invisibles). Avez-vous ressenti des changements comme ceux-là? Lesquels? Comment vivez-vous ça?

- Est-ce que vous ressentez encore des signaux qui vous disent que vous avez eu une CC?

3. Est-ce qu'il y a un moment donné où vous vous êtes senti que vous n'étiez «plus comme avant»?

- Pouvez-vous me raconter dans quel contexte c'est arrivé, ce que vous avez *ressenti*, fait, etc.

- Est-ce que le monde autour de vous, vous ont déjà fait sentir ça?

4. Cette expérience vous a-t-elle transformé? Comment? (Vision du monde; pratiques de santé; émotions)

(INT : Explorer le contexte spécifique lorsqu'on tient compte de l'âge auquel l'infarctus s'est manifesté).

5. Est-ce que vous pensez que les hommes vivent la CC différemment des femmes?

(INT : Explorer les effets secondaires; sentiment de vulnérabilité, peur, dépendance)

6. Qu'est-ce que vous trouvez le plus *difficile* à vivre dans ce contexte?

7. Est-ce que vous vous êtes donné des *objectifs*, des choses à faire, à essayer, à expérimenter pour les années qui viennent?

(INT : Approfondir)

LA SANTÉ

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

PRATIQUES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

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

ce qu'elle veut ou aime

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

7. Qu'est-ce qui fait que c'est facile/difficile pour vous de faire de l'activité physique?

- Si quelqu'un organisait un club d'entraînement ici, est-ce que ça vous tenterait

«d'embarquer» (explorer l'intérêt pour les clubs de marche)?

- Est-ce qu'il y a des choses qui vous empêchent de faire certaines activités physiques/**d'en faire plus souvent**? (Dans le contexte de la réadaptation cardiaque)

8. Pensez-vous qu'il y a des risques associés à faire de l'activité physique après une maladie cardiaque.

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

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);

- Est-ce qu'il y a des activités que vous aimeriez faire et qui ne sont pas offertes près d'ici?

- Est-ce que ça vous fait peur d'en faire là bas? Vérifier sa perception des compétences en matière de supervision pour populations cardiaques des activités offertes.

2. Avez-vous déjà participé à des cours de réadaptation cardiaque?

- êtes-vous satisfait de ce programme (Explorer l'environnement des programmes)

- environnement

- information distribuée

- intervenants; le cas échéant. Par ex. Aimez-vous la présence d'un instructeur ou une instructrice? Comment aimez-vous qu'il/elle soit?

- modalités (format, intensité, etc.)

- installations (p. ex. piscines, vestiaires, douches fermées ou non)

3. Qu'est-ce que vous conseilleriez à des responsables de programmes de réadaptation cardiaque pour inciter les hommes à prendre mieux soins de leur santé (AP et alimentation)?

PRATIQUES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES/ALIMENTAIRES/SOINS DE SANTÉ

Perception des ressources matérielles et humaines en matière d'alimentation

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

CONCLUSION

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

**Annexe 7 : Attestation d'approbation éthique
Université d'Ottawa**

**Annexe 8 : Décision du comité d'éthique de la recherche
Centre de santé et de services sociaux de Gatineau**

Annexe 9 : Formulaire de consentement

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

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

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

École des sciences de l'activité physique,

Faculté de sciences de la santé, Université d'Ottawa

Numéro de téléphone: (XXX) XXX-XXXX poste XXXX

Courrier électronique: XXXXX

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

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

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

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

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

dans le bureau de recherche de Monsieur Dumas. La cassette de mon entrevue sera détruite à la fin du travail de recherche.

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

Je comprends que, étant donné que ma participation à cette recherche implique que je donne certains renseignements personnels, il est possible qu'elle crée un léger inconfort émotionnel à certains moments. J'ai reçu l'assurance des personnes effectuant la recherche que tout sera fait en vue de minimiser ce risque d'inconfort. Entre autres, je ne serai pas tenue de répondre à une ou à des questions qui m'apporteront un certain inconfort. Je peux à tout moment décider de ne pas répondre aux questions qui me sont posées, voire me retirer de l'étude. L'entrevue sera faite de façon décontractée et informelle. La personne effectuant l'entrevue utilisera un langage simple et les questions seront reformulées autrement si je ne les comprends pas bien. Il est bien clair que je suis libre de me retirer de la recherche en tout temps, avant ou pendant l'entrevue, sans encourir de préjudice sous aucune forme.

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

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

Pour tout renseignement additionnel, j'ai été informé du fait que je pouvais communiquer avec Monsieur Dumas à l'Université d'Ottawa au numéro de téléphone indiqué au début du formulaire. Pour toute plainte ou question concernant la conduite éthique du projet de recherche, j'ai été informé que je pouvais m'adresser au Secrétariat du comité d'éthique de la recherche au XXX-XXXX poste XXX ou encore par la poste au XXXXXX

Chercheur(e): _____
Signature Date

Sujet de recherche: _____
Signature Date

Annexe 10 : Reçu**Hommes, pauvreté et activités physiques
en contexte de réadaptation cardiaque****Reçu**

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

La somme de trente dollars (30 \$)

Signature : _____ Date : _____

Annexe 11 : Fiche d'identification du participant**PROJET HOMMES, PAUVRETÉ ET ACTIVITÉS PHYSIQUES
EN CONTEXTE DE RÉADAPTATION CARDIQUE****FICHE D'IDENTIFICATION**

No d'identification :

Région :

Pseudonyme :

Nom véritable :

Quartier :

Date de l'entrevue :

Lieu de l'entrevue :

Durée de l'entrevue :

Intervieweur :

Caractéristiques démographiques

Âge :

Lieu de résidence :

Lieu de naissance :

Scolarité :

Statut civil (a été marié ou non) :

Si marié, occupation du conjoint :

Occupation antérieure:

Proximité et présence de la famille :

Code

A: Physiquement actif

I : Physiquement inactive

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

Annexe 12 : Notes et impressions post-entrevues**PROJET HOMMES, PAUVRETÉ ET ACTIVITÉS PHYSIQUES
EN CONTEXTE DE RÉADAPTATION CARDIQUE***Notes et impressions post-entrevues (à remplir par l'intervieweur)***Le logement**

Type et nb de pièces :

Décorations et style dominant :

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

Environnement extérieur :

Autres :

Habillement

Tenue lors de l'entrevue :

Chaussure :

Autres :

Coiffure

Longueur/teinture :

Style :

Autres :

Langage

Qualité de la langue :

Accent :

Autres :

Impressions générales post-entrevue

Notes

¹ Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'indice de défavorisation matérielle et sociale est formé de « deux composantes dont le contenu se rapproche des deux dimensions matérielle et sociale de la défavorisation, en associant la première à la scolarité, l'emploi et le revenu, et la seconde à l'état matrimonial, la monoparentalité et le fait de vivre seul ».

² Les décès prématurés consistent en une mort avant l'âge de 75 ans.

³ Le programme de réadaptation cardiaque de Centre de santé et de services sociaux de Gatineau est composé de cinq séances d'information sur les facteurs de risques de la maladie cardiaque : tabagisme, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, obésité/embonpoint, diabète et sédentarité.