

Université de Montréal

La prévention en santé, l'activité physique et l'apparence corporelle
chez des aînées de différents milieux socioéconomiques

Par

Alexandre Dumas

Département de kinésiologie

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en sciences de l'activité physique

Décembre, 2003

© Alexandre Dumas, 2003



GV

201

U54

2004

v.009

ex.2

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

**La prévention en santé, l'activité physique et l'apparence corporelle
chez des aînées de différents milieux socioéconomiques**

Présentée par :
Alexandre Dumas

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Présidente-rapporteuse : DANIEL, MARIE-FRANCE

Directrice de recherche : LABERGE, SUZANNE

Membre du jury : LAFOREST, SOPHIE

Examinatrice externe : LOUVEAU, CATHERINE

Représentante du doyen
de la FES : DANIEL, MARIE-FRANCE

RÉSUMÉ

Cette étude porte sur la santé, la pratique d'activités physiques (AP) et l'apparence corporelle (AC) chez des aînées de différents milieux socioéconomiques. Il s'agit d'examiner en quoi les conditions sociales et biologiques d'existence façonnent un rapport à la pratique d'AP et à l'AC dans le contexte du vieillissement. La méthode de recherche privilégiée est empirique et qualitative. L'objectif général consiste à : (a) mieux cerner les normes et les valeurs des aînées en ce qui a trait à la façon de traiter et d'entretenir leur corps et (b) comprendre leur conception face à la prévention, l'AP et l'AC. L'analyse s'inspire de l'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu (1979, 1994), laquelle à ce jour n'a pas été utilisée pour étudier empiriquement le rapport au corps des aînés. Le concept de « rupture biographique » (Bury, 1982, 1991) a également servi d'outil d'analyse pour mieux comprendre l'effet structurant des conditions sociales et biologiques d'existence sur les conceptions et les dispositions relatives à l'AP.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude plus vaste intitulée « Femmes aînées, activités physiques et santé » subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Au total, 122 entretiens ont été effectués auprès d'aînées de 65 à 75 ans de divers groupes socioculturels francophones. La présente étude porte sur un sous-échantillon de 39 aînées issues de milieux moins bien nantis et de 12 aînées de milieux bien nantis de la région de Montréal. Cette étude qualitative privilégie l'utilisation d'entrevues semi-dirigées.

La santé et l'AC constituent deux préoccupations majeures du vieillissement féminin. Pour comprendre les effets des conditions d'existence sociales et biologiques sur l'AP et l'AC, ce projet a consisté en trois études. La première se penche sur la prévention et la pratique d'AP. Elle vise à approfondir les connaissances sur les processus sous-jacents à l'AP chez deux groupes d'aînées confrontées à différentes conditions d'existence. L'étude révèle que le vieillissement engendre des changements sur le plan des dispositions en santé préventive, notamment à l'égard de la pratique d'AP; l'étude note que la différence dans les dispositions à l'AP entre les deux milieux a tendance à s'amenuiser dans le vieillissement. Le deuxième article vise à comprendre des processus sous-jacents au rapport à l'AC chez des aînées de différents milieux socioéconomiques. L'étude expose la différenciation induite par le capital économique et culturel mais aussi les similitudes dans la relation à l'AC dues au vieillissement. La dernière analyse consiste à voir dans quelle mesure la période de la vieillesse, en tant qu'élément-rupture, a une incidence sur les dispositions à la pratique d'AP. L'étude démontre que le vieillissement suscite une prise de conscience de la finitude du corps, laquelle engendrerait un souci pour les pratiques de santé préventive dont l'AP; cette prise de conscience aurait été l'élément-rupture dans la trajectoire de vie des aînées de milieux moins bien nantis.

Mots clés : Activités physiques, apparence corporelle, prévention secondaire, aînées, Pierre Bourdieu, Michael Bury.

SUMMARY

This study bears with physical activity (PA) and bodily appearance (BA) of older women from contrasting socioeconomic milieus. The research examines how biological and social living conditions shape women's relation to PA and BA in the context of aging. Through this qualitative and empirical investigation, the research objective consists in furthering the understanding of: (a) social norms and values of older women's relation to their bodies and (b) their conceptions of health prevention, PA and BA. The analysis relies on Pierre Bourdieu's (1984, 1998) socio-cultural theory of practice and on Michael Bury's (1982, 1991) concept of 'biographical disruption' to understand the structuring effects of both biological and social living conditions on conceptions and dispositions towards PA and BA.

This study is part of a larger study entitled: 'Older women, physical activity and health' which has received support from the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. Overall, 122 interviews were made with older women from different sociocultural groups of francophone women aged between 65 and 75 year old. The present research draws on a sub-sample of 39 older women from disadvantaged neighbourhoods and 12 older women from privileged neighbourhoods of Montreal. This qualitative study privileged the use of semi-directed interviews.

Health and BA constitute two major concerns with regards to aging women. To understand the effects of social and biological living conditions on PA and BA, three distinct studies were undertaken. The aim of the first study was to further the

understanding of processes underlying preventive health and PA practices of older women in contrasting living conditions. This study demonstrates how biological and social aging engender changes in health and PA practices. A striking finding was that although dispositions differed greatly between the two milieus during youth and adulthood, they tended to be more alike in the later phase of the lifecourse. The second study aim is to explore and deepen the understanding of the relations to BA through the narratives of older women in contrasting living conditions. Results highlight social differentiation between the two groups engendered by economic and cultural capital, and show that older women share a relation to BA due to an embodiment of aging. The last study aims at understanding to what extent old age, as ‘rupturing events’, has consequences on the adoption of PA practices. The analysis reveals that aging brought a rise of consciousness of the finitude of the body, which engenders a heightened concern for secondary preventive health practices, such as PA; this rise in consciousness was a ‘rupturing event’ in their life trajectories.

Key words: Physical activity, Bodily appearance, secondary prevention, older women, Pierre Bourdieu, Michael Bury.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS	iii
RÉSUMÉ EN ANGLAIS.....	v
TABLE DES MATIÈRES	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xii
REMERCIEMENTS	xiii
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION.....	1
Objectifs de recherche	2
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	5
La pratique d'activités physiques chez les aînées	6
Classification des facteurs.....	7
État de santé	9
Sexe	12
Niveau de scolarité	14
Revenu.....	15
Âgisme et stéréotypes.....	16
Influences sociales.....	19
Approches et concepts explicatifs de la pratique d'activités physiques des aînées...22	
Parcours de vie.....	22
Resocialisation.....	25
Études longitudinales.....	25
Conclusion et avenues de recherche.....	27
L'apparence corporelle chez les aînées	29
Influences de la société de consommation	29
Apparence corporelle et identité des aînées	31
Vieillesse féminine et apparence corporelle.....	32

Normes sociales concernant l'apparence corporelle	34
Conséquences négatives de l'éloignement des normes de beauté	36
Conséquences positives du vieillissement sur l'apparence corporelle.....	39
Alternatives aux normes sociales de beauté	40
Conclusion.....	43
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	45
Méthode de recherche	45
Échantillon de recherche	48
Description de l'échantillon	48
Recrutement des participantes.....	50
Collecte de données.....	52
Entrevues semi-dirigées.....	52
Préparation aux entrevues.....	53
Considérations éthiques.....	54
Analyse des données	55
Transcription des entrevues et gestion des données.....	55
Analyse de contenu.....	56
Critères de scientificité.....	57
CHAPITRE 4 : MANUSCRIT DE L'ARTICLE 1	60
Summary.....	61
Introduction	62
Ageing and the salience of health concerns	64
Theoretical framework	66
Methodology	68
Sample	68
Data collection and analysis	70
Findings	70
Youth living conditions as sources of differentiation	71
Adulthood and the incorporation of life conditions	73
Differential material living conditions	74

Working bodies: the differential appeal to PA	77
Saliency of health concerns in later life	79
Rise in consciousness of body finitude	81
Long-lasting dispositions in the underprivileged	86
Discussion and concluding thoughts	89
References	95
Table 1	99
CHAPITRE 5 : MANUSCRIT DE L'ARTICLE 2	100
Summary	101
Introduction	102
Embodying living conditions	103
Methodology	107
Social differentiation explained through economic and cultural capital.....	109
Power of consumption.....	109
Relation to time	113
Use of BA as a means of social distinction	114
Shared embodied existence explained through the ageing process.....	119
Re-evaluating social norms of BA.....	120
Embracing new social norms of BA	124
Discussion and concluding thoughts	129
References	134
Table 1	138
CHAPITRE 6 : MANUSCRIT DE L'ARTICLE 3	139
Résumé	140
Introduction.....	141
La pratique d'AP chez les aînées: état de la question.....	143
Le cadre théorique : le concept de rupture biographique	146
La méthode	149
Les résultats et leur interprétation	151

L'élément-rupture : la prise de conscience de la finitude du corps	151
Rupture biographique : la prise de conscience de la finitude du corps comme déclencheur de pratiques de santé.....	156
Le souci pour la santé	157
L'intérêt pour la pratique d'activités physiques.....	160
Variation dans la réponse à l'élément-rupture.....	164
Les conceptions de la prévention.....	165
Les capacités physiques à réaliser des activités physiques.....	167
Les ressources disponibles et consenties pour la pratique d'activités physiques	169
Conclusion.....	170
Références	174
CHAPITRE 7 : CONCLUSION GÉNÉRALE	181
Contributions de l'étude	184
Avenues de recherche.....	187
RÉFÉRENCES.....	188
ANNEXE 1	200
ANNEXE 2	202
ANNEXE 3	209
ANNEXE 4	211
ANNEXE 5	215
ANNEXE 6	226

LISTE DES TABLEAUX**THÈSE**

TABLEAU 1. Caractéristiques de l'échantillon	49
--	----

ARTICLE 1

TABLEAU 1. Distribution of Older Women in Underprivileged and Affluent Milieus According to Age, Educational, Past Occupation, Spouse's Past Occupation, Number of Children and Marital Status.....	99
---	----

ARTICLE 2

TABLEAU 1. Sample characteristics	138
---	-----

ARTICLE 3

TABLEAU 1. Caractéristiques de l'échantillon.	150
--	-----

TABLEAU 2. Facteurs suscitant une prise de conscience de la finitude du corps tels que rapportés par les participantes	152
--	-----

TABLEAU 3. Profits escomptés de la pratique d'AP.....	162
---	-----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AC	Apparence corporelle
AP	Activités physiques
BA	Bodily appearance
CLSC	Centre local de services communautaires
HLM	Habitation à loyers modiques
PA	Physical Activity

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à ma directrice de thèse, Suzanne Laberge, pour son soutien durant toutes ces années à l'Université de Montréal. Elle m'aura patiemment conseillé, guidé et inspiré pour mener cette thèse à terme. Ma passion pour la recherche en sciences sociales et mon désir de poursuivre des études post-doctorales ne peuvent qu'être liés à sa présence soutenue dans mon cheminement universitaire.

Mes remerciements vont également à Mélanie Dumas, Marylise Goyette et Manon Leroux pour leurs conseils, critiques et encouragement lors des phases finales de la rédaction de ce travail.

Je tiens également remercier profondément mes amis, Souk Thammavongsa, Mathieu Laberge, Claude Lajoie, Christiane Trottier, Constance Ruival et Binta Diallo pour m'avoir encouragé et pour m'avoir accordé des pauses quand j'avais besoin de décrocher du monde universitaire.

Je remercie tout spécialement mes parents, ma sœur et mon frère pour m'avoir apporté un soutien inconditionnel tout au long de mes études.

Enfin, je remercie le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et le Fonds pour la formation des chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) pour leurs appuis financiers pendant ces quatre années.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

Depuis une quinzaine d'années, l'étude du corps suscite un intérêt croissant en gérontologie sociale (Featherstone et al. 1991). Il semble que le vieillissement des populations occidentales compte pour beaucoup dans cet essor sans cesse grandissant de l'intérêt pour le corps âgé (Featherstone, 1991). En recherche, l'examen de divers problèmes et enjeux caractéristiques des phases tardives de la vie a donné lieu à de nombreuses études. Certaines d'entre elles ont tenu compte de la différence selon le sexe. À la lecture, il appert que la santé et l'apparence corporelle (AC) sont au cœur des préoccupations du vieillissement féminin.

Les liens étroits qui se tissent entre les conditions d'existence des agents sociaux et leurs dispositions corporelles, leur manière de concevoir et de traiter leur corps sont un thème récurrent dans les études en sciences sociales (Bourdieu, 1979; Boltanski, 1971). Ces études auront permis de comprendre l'effet d'un certain nombre de facteurs sociaux sur le rapport au corps, notamment en ce qui a trait aux dispositions relativement aux pratiques de santé. Or, peu d'entre elles se sont penchées sur l'âge comme condition d'existence pouvant façonner le rapport au corps. Nous savons maintenant que le vieillissement doit être analysé dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale (Featherstone et Wernick, 1995; Turner, 1995). Dans cette optique, ce sont les études théoriques récentes sur l'incorporation du vieillissement (*embodiment of aging*) qui s'avèrent les plus

pertinentes dans l'analyse du corps chez les aînés (Featherstone et Hepworth, 1998; Turner, 1995). De telles approches pourraient nous aider à mieux comprendre les effets du vieillissement sur les dispositions face aux pratiques de santé et nous permettre de mieux intervenir auprès des populations aînées.

Objectifs de recherche

Cette thèse porte sur le rapport à la prévention, la pratique d'activités physiques (AP) et l'AC chez deux groupes de femmes, âgées entre 65 et 75 ans, issues de différents milieux socioéconomiques de Montréal. L'âge et la classe sociale seront abordés en tant que facteurs modulant le rapport au corps des aînées. La méthode de recherche privilégiée est empirique et qualitative. Son objectif général est double : (a) mieux cerner les normes et les valeurs des aînées en ce qui a trait à la façon de traiter et d'entretenir leur corps et (b) comprendre leur conception en matière de prévention, de pratique d'AP et à d'AC. Cette thèse comporte trois études :

- La première traite de la prévention et de la pratique d'AP. En utilisant l'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1979, 1994), elle vise à approfondir les connaissances sur les processus sous-jacents à l'AP chez deux groupes d'aînées confrontées à différentes conditions d'existence. Pour répondre à cet objectif, nous avons analysé les dispositions des aînées au regard de l'AP à diverses périodes du parcours de vie.

- Le deuxième article vise à comprendre des processus sous-jacents au rapport à l'AC chez des aînées faisant partie d'une même cohorte d'âge, mais ayant été exposées à différentes conditions d'existence. À l'aide de l'approche de Pierre Bourdieu (1979; 1994) et de celle de Featherstone (1987), l'étude présente (a) la différenciation sociale

engendrée par le capital économique et culturel et (b) les similitudes dans la relation à l'AC qui serait engendrée par le vieillissement social et biologique.

- La troisième étude vise à comprendre dans quelle mesure le vieillissement biologique et social engendre un souci pour la santé et dans quelle mesure la vieillesse constitue une période propice à l'adoption d'une pratique régulière d'AP chez des aînées de milieux moins bien nantis. Les données sont analysées en exploitant le concept de rupture biographique de Bury (1982; 1991).

Les données collectées seront analysées à la lumière de deux cadres théoriques. D'une part, le concept d'habitus ainsi que la notion de stratégie de l'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu seront mis à contribution pour étudier l'effet des conditions d'existence sur le rapport au corps. D'autre part, le concept de rupture biographique sera utilisé pour explorer l'impact de la maladie chronique sur l'adoption de pratiques de santé et d'AP chez des aînées à mesure qu'elles avancent dans leur parcours de vie. Ces deux approches se fondent sur le processus d'incorporation des conditions d'existence sociales et biologiques.

Les trois études présentées dans cette thèse s'inscrivent dans le contexte d'une étude plus vaste intitulée « Femmes aînées, activités physiques et santé » (Laberge et al., 2000), subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Plus d'une centaine d'entrevues ont été réalisées auprès d'un échantillon d'aînées francophones, de divers milieux socioculturels du Québec et de l'Ontario. L'échantillon utilisé pour cette thèse provient d'un sous-échantillon de 39 aînées de milieux moins nantis et de 12 aînées de milieux bien nantis de la région de Montréal.

Nous présentons dans un premier temps une recension des écrits ayant traité des facteurs sociaux explicatifs de la pratique d'AP et du rapport à l'AC chez les aînées. Suivra un chapitre sur la méthodologie qui décrit la démarche utilisée, ses justifications ainsi que les stratégies de collecte et d'analyse de données. Les chapitres 4, 5 et 6 regroupent les trois articles de la thèse. Chaque article expose ses présupposés théoriques et méthodologiques ainsi que ses objectifs, son analyse et ses contributions à la recherche. Enfin, la thèse se terminera par une réflexion générale sur l'ensemble des analyses effectuées.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension des écrits est présentée en deux parties. La première partie présente l'état des connaissances sur les facteurs sociaux explicatifs de la pratique d'AP chez des populations âgées. La seconde porte sur le rapport à l'AC des âgées. Chaque section propose un bilan des études pertinentes, identifie les débats théoriques et soulève les lacunes qu'il serait souhaitable de combler lors d'études ultérieures.

LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES CHEZ LES ÂÎNÉES

Les rapports en santé publique ont fréquemment souligné les bienfaits d'une pratique régulière d'AP sur la santé des aînées (USDHHS, 1996; Kino-Québec, 2002). En effet, la pratique d'AP est déterminante pour retarder l'apparition et réduire les incidences et la sévérité de plusieurs maladies chroniques (Vander Bij et al., 2002 : 120). De nombreux bénéfices pour la santé, telles la réduction des risques de maladies cardiovasculaires, d'ostéoporose et de dépression, la prévention de chutes ainsi que l'amélioration générale des capacités fonctionnelles des individus, ont été largement documentés (USDHHS, 1996; Kino-Québec, 2002). Nous pouvons donc établir clairement que la pratique d'AP constitue une pratique préventive et que, en corollaire, la sédentarité constitue un facteur de risque (Vander Bij et al., 2002).

Si l'on tient compte des données d'enquêtes nord-américaines, les femmes de 65 ans et plus constituent l'un des segments les plus sédentaires de la population (Cameron et al., 2003; Nolin et al., 2002; USDHSS, 1996). Selon l'*Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, le pourcentage des Québécoises de 65 ans et plus « très peu ou pas actifs » est passé de 24,3 % à 31 % de 1993 à 1998 (Nolin et al., 2002 : p. 28), et selon les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*, Cameron et al. (2003) indiquent que 67 % des Canadiennes de 65 ans et plus étaient physiquement inactives en 2000 (p. 22)¹. Un examen plus attentif nous

¹ Les divergences entre les deux enquêtes s'expliquent principalement par les différences dans (a) les définitions données aux divers niveaux de pratique d'AP et (b) les types de pratique d'AP étudiés. Dans l'enquête québécoise, la catégorie « très peu ou pas actifs » correspond aux activités de loisir et de transport pratiquées à une fréquence inférieure à « une » pratique d'AP par semaine. Une pratique

permet de constater que les aînés ne constituent pas un groupe homogène. En effet, les données d'enquêtes révèlent que la pratique d'AP fluctue en fonction de l'état de santé, de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité et du revenu (Cameron et al., 2003; Nolin et al., 2002; USDHSS, 1996). La tendance inquiétante concernant les faibles taux de pratique d'AP des aînées est identifiée comme un problème de santé publique (USDHSS, 1996; Kino-Québec, 2002).

Les enquêtes dressent un portrait de la pratique d'AP chez les aînés mais fournissent peu d'information sur les facteurs explicatifs de leur pratique d'AP. Depuis le début des années 90, on constate un véritable foisonnement d'études traitant de la problématique de la pratique d'AP chez les populations aînées, notamment en ce qui a trait aux déterminants biologiques, psychologiques et sociaux. Dans cette recension, nous présentons principalement les facteurs sociaux et quelques approches et concepts explicatifs de la pratique d'AP des aînés. Dans la grande majorité des cas, ces études emploient des méthodes quantitatives. Ces études ont identifié des relations entre plusieurs variables (par ex. l'état de santé, l'âge, le sexe, le niveau de scolarité et le revenu) et la pratique d'AP (Bauman et al., 2002).

Classification des facteurs

De nombreuses études nous renseignent sur l'existence de facteurs influençant positivement et négativement la pratique d'AP (Bauman et al., 2002; Brawley et al., 2003; Manidi, 2000; McPherson, 1994; Shepard, 1994; Whaley et Ebbeck, 1997). Vu

équivalait à 50 min. de marche à 30 % d'intensité maximale (Kino-Québec, 2002 : 21-25). Dans l'enquête canadienne, l'expression « physiquement inactif » renvoie aux individus qui ont une dépense énergétique qui correspond à moins de 30 minutes de marche par jour, et ce pour l'ensemble des activités autres que ceux du travail et des travaux domestiques (Cameron et al., 2002 : p.150).

la grande quantité de déterminants, des systèmes de classement ont donc été développés. Par exemple, en se basant sur des travaux recensant 400 études portant sur les déterminants de la pratique d'AP, Bauman et al. (2002) classifient une cinquantaine de déterminants de la pratique d'AP en six catégories : (a) les facteurs démographiques et biologiques; (b) les facteurs psychologiques, cognitifs et émotifs; (c) les facteurs relatifs aux comportements et aux habiletés; (d) les facteurs socioculturels, (e) les facteurs relatifs à l'environnement physique et (f) les facteurs concernant la nature de l'activité physique. Le grand nombre de déterminants de la pratique d'AP incite donc plusieurs auteurs à produire diverses formes de classifications.

Nous retenons deux catégorisations plus spécifiques aux populations âgées. McPherson (1994) laisse entendre que les facteurs culturels et structurels explicatifs de la pratique d'AP peuvent être divisés selon qu'ils favorisent ou défavorisent cette pratique. D'une part, les faibles taux de pratique s'expliquent par un ensemble de contraintes liées à l'état de santé, à la structure sociale, à l'âge et à l'environnement social. D'autre part, McPherson (1994) soutient qu'il existe des catalyseurs sociétaux de la pratique d'AP, tels le mouvement pour la promotion de la santé, l'émergence des sciences de l'activité physique et le mouvement féministe (McPherson, 1994).

À la suite d'enquêtes menées auprès d'ânés de 65 ans et plus, Manidi (2000) développe une typologie ayant trois domaines de contraintes et regroupant 216 freins à la pratique d'AP. Les trois domaines de contraintes sont : (a) contraintes endogènes (santé, vieillissement), (b) contraintes exogènes (famille, couple, type de ménage, contexte professionnel et culturel) et (c) contraintes techniques (freins reliés aux

pratiques). Cette typologie diverge des autres en ce qu'elle met en relation des déterminants de la pratique d'AP avec les sphères personnelle, privée et publique des aînés.

Ces classifications sont des outils descriptifs qui permettent de mieux cibler les influences positives et négatives sur la pratique d'AP. Dans les sections suivantes, nous traiterons plus en détail des facteurs sociaux explicatifs de la pratique d'AP. Abordons tout d'abord l'influence de l'état de santé sur la pratique d'AP.

État de santé

L'état de santé figure parmi les contraintes les plus limitatives de la pratique d'AP chez les populations aînées. (Cohen-Mansfield et al., 2003; Booth et al., 1997; Curtis et al., 2000; Fletcher et Hirdes, 1996; Kaplan et al., 2001; Brawley et al., 2003; Lefrançois et al., 1998; Manidi Faes, 1996; O'Neil et Read, 1991; Stanley et Freysinger, 1995). Son effet négatif sur la pratique d'AP serait principalement dû aux incapacités physiques et à la douleur engendrée par la maladie (Cohen-Mansfield et al., 2003). L'avis scientifique de Kino-Québec (2002) souligne que c'est chez les aînés que l'on retrouve le plus grand nombre d'individus aux prises avec des incapacités physiques : « la population âgée québécoise compte actuellement 350 000 personnes atteintes d'une incapacité physique » (Kino-Québec, 2002 : 16). Ainsi, tel que précisé par l'*Enquête québécoise sur la pratique d'AP*, l'état de santé perçu est fortement relié aux niveaux de pratique d'AP (Nolin et al., 2002). L'enquête note que le pourcentage d'individus percevant leur santé comme « moyenne ou mauvaise » est beaucoup plus élevé chez les individus « très peu ou pas actifs ». Pour des raisons d'ordre méthodologique, les designs de recherche se fient à l'indicateur de « l'état de

santé perçu » pour mesurer la relation entre l'état de santé et la pratique d'AP. Pour l'*Enquête québécoise sur la pratique d'AP* (Nolin et al., 2002), l'état de santé perçu est un indicateur crédible.

Lefrançois et al. (1998) constatent que l'état de santé est la variable la plus importante pour expliquer la diminution de la pratique d'AP chez des aînés. Leur étude quantitative vise à examiner l'impact de divers facteurs sur la pratique d'AP chez les aînés de trois groupes d'âge (65-71 ans; 72-78 ans; 79 ans et plus). Ils constatent que chez le groupe des 79 ans et plus, l'impact du vieillissement biologique se fait sentir le plus intensément. Pour ces aînés, l'âge en soi n'est pas aussi déterminant que seraient les pertes en santé, qui elles seraient responsables d'une réduction importante de la pratique d'AP.

Dans une étude semblable, Booth et al. (1997) tentent d'identifier les contraintes à la pratique d'AP auprès de trois autres groupes d'âge (18-39 ans; 40-59 ans; 60-78 ans) et auprès d'individus sédentaires. Ils soulèvent des différences notables entre ces trois groupes. Chez les plus vieux (60-78 ans), l'influence négative de la mauvaise santé a été identifiée le plus souvent comme cause de la sédentarité, tandis que chez les plus jeunes c'est davantage le manque de temps et le manque de motivation qui ont été relevés.

Enfin, l'étude de Kaplan et al. (2001) utilise un échantillon de l'*Enquête nationale sur la santé des Canadiens*, composé de 12 611 individus de 65 ans et plus, vivant en résidence pour aînés. Les auteurs constatent des niveaux de pratique beaucoup plus élevés chez les aînés n'ayant pas de maladies chroniques que chez ceux qui en souffrent.

En outre, les problèmes de santé n'ont pas que des effets négatifs sur la pratique d'AP (Cohen-Mansfield et al., 2003; O'Brien Cousins, 2001; Wister et Romeder, 2002). Dans une étude sur les déclencheurs propices à l'adoption de pratique d'AP, O'Brien Cousins (2001) avance que les pertes et les menaces sur le plan de la santé sont interprétées différemment par les aînées. Pour certaines aînées, des menaces à la santé agiraient comme déclencheurs, incitant à l'adoption d'un mode de vie actif :

... health threats do act as important triggers ... worsening health was interpreted differently among older people, prompting one individual to cease physical activity and prompting another to increase hers. (O'Brien Cousins, 2001 : 360)

Dans l'étude de Cohen-Mansfield et al. (2003) sur les contraintes de la pratique d'AP de femmes de 75 à 85 ans, un ensemble de facteurs biologiques associés à la mauvaise santé (douleurs, fatigue, dépression) contribueraient à réduire la pratique d'AP mais aussi à motiver certaines aînées à adopter des AP.

Par ailleurs, les résultats d'une autre étude (Wister et Romeder, 2002) analysant 735 aînés atteints de maladies chroniques indiquent qu'une faible minorité d'aînés ont réduit leur pratique d'AP sur une période d'un an. En utilisant le modèle trans-théorique de Prochaska et DiClemente, (1982), les auteurs constatent que 65 % des sujets de leur échantillon n'ont apporté aucun changement dans leur pratique d'AP et que 22 % avaient augmenté leur niveau de pratique d'AP.

Ainsi, on peut établir que les pertes sur le plan de la santé pourraient également inciter les aînées à adopter des AP. La dimension biologique du

vieillissement est incontournable. Toutefois, le vieillissement ne doit pas être compris qu'à travers cette dimension mais aussi comme une construction sociale (O'Brien Cousins et Vertinsky, 1999; Featherstone et Wernick, 1995). C'est qu'en plus d'avoir des contraintes biologiques, les aînées se heurtent également à des contraintes d'ordre socioculturel (Manidi, 2000; O'Brien et Vertinsky, 1991). Nous verrons donc, dans les sections qui suivent, les facteurs sociaux associés au sexe, à la scolarité, au revenu, à l'âgisme et aux stéréotypes, aux influences sociales, ainsi qu'à quelques approches et concepts explicatifs de la pratique d'AP des aînés.

Sexe

Les conclusions sur la participation des hommes et des femmes divergent d'une étude à l'autre. Dans un premier temps, de nombreuses enquêtes et études soulignent le retard des femmes par rapport aux hommes dans leur participation aux AP (Cameron et al., 2003; Lefrançois et al., 1998; O'Neil et Reid, 1991). L'*Enquête nationale sur la santé de la population* indique que 67 % des Canadiennes de 65 ans et plus seraient physiquement sédentaires, comparativement à 55 % des hommes du même groupe d'âge (Cameron et al., 2003 : p. 22). Dans une autre étude quantitative comparant les hommes et les femmes de 60 ans et plus atteints d'ostéoartrite, Casteñeda et al. (1998) concluent que les hommes s'adonnent davantage à une pratique d'AP de loisir que les femmes dans les mêmes conditions. McPherson (1994) explique ces faibles taux par des expériences de socialisation ainsi que des croyances et stéréotypes sur les aînées qui réduiraient leur pratique d'AP.

Inversement, l'*Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998* (Nolin et al., 2002) dénote que le niveau de pratique d'AP de loisir et de transport des

femmes de 65 ans et plus de la catégorie « actifs » est plus élevé que celui des hommes. Les données de cette enquête démontrent que les niveaux de pratique d'AP de loisir et de transport (la fréquence et l'intensité) tendent à se ressembler avec l'avancement en âge (Nolin et al., 2002). Ces données corroborent les résultats d'autres études qui signalent que les femmes sont plus nombreuses à s'engager dans une pratique d'AP au moment de la retraite, puisqu'elles auraient une perception du vieillissement moins susceptible de freiner la pratique d'AP (Feillet et Roncin, 2001; Feillet, 1997). Pour Stanley et Freysinger (1995), la réduction de la fréquence de pratique d'AP dans le vieillissement est moins élevée chez les femmes que chez les hommes de 50-59 ans. Pour ces auteurs, la pratique d'AP des hommes serait davantage contrainte par les problèmes de santé pendant le vieillissement que celle des femmes.

Les divergences observées dans les enquêtes à l'égard des taux de pratique d'AP des hommes et des femmes, peuvent s'expliquer par les différentes définitions qu'elles accordent à l'AP. Dans l'enquête de Nolin et al. (2002), l'AP de loisir et de transport a été prise en compte, alors que dans l'étude de Casteñeda et al. (1998), seule l'AP de loisir a été retenue. Le changement dans les définitions engendre aussi des différences significatives dans l'écart entre la pratique des hommes et des femmes. En outre, les différentes mesures de fréquence et de dépense énergétique pourraient, à leur tour, contribuer à modifier l'écart séparant la pratique des hommes et des femmes.

Des différences entre les sexes peuvent également être dues aux types de contraintes imposées par une pratique d'AP (Clark, 1999; Manidi Faes, 1996; Whaley

et Ebbeck, 1997). L'étude qualitative de Whaley et Ebbeck (1997) explore les contraintes face à un programme d'AP entre les hommes et les femmes de 65 à 85 ans. En comparant une liste de plus de 20 contraintes identifiées par leurs interviewés, plusieurs différences ont été notées entre les hommes et les femmes. Plusieurs femmes jugent que leur état de santé limite leur pratique, qu'elles sont suffisamment actives ailleurs dans leur vie, ou bien qu'elles jugent limité le nombre d'opportunités qui leur sont offertes pour s'adonner à une pratique d'AP. Si ces contraintes sont également présentes chez les hommes, le poids qui leur est conféré diverge de celui qu'y accordent les femmes. Enfin, selon Manidi Faes (1997), les contraintes varieraient également selon les différences entre les types d'AP pratiqués par les hommes et les femmes.

Malgré les différents résultats des études, il semble toutefois y avoir consensus en ce qui a trait à la diversité des expériences de pratique d'AP des hommes et des femmes âgés. En effet, le sexe de l'individu est un facteur qui vient moduler l'expérience des aînés à l'égard de l'AP (Stanley et Freysinger, 1995).

Niveau de scolarité

Le niveau de scolarité est l'un des déterminants les plus importants de la pratique d'AP (Cameron et al., 2003; Guinn et Vincent, 2002; Kaplan et al., 2001; Lefrançois et al., 1998; Nolin et al., 2002). Dans Nolin et al. (2002) on rapporte des écarts importants dans la pratique d'AP selon le niveau de scolarité relative pour tous les groupes d'âge. Ces écarts sont particulièrement élevés dans la catégorie des individus « très peu ou pas actifs ». Dans cette catégorie, on retrouve 18 % d'individus ayant une scolarité « plus élevée » et 37 % ayant une scolarité « plus

faible ». À l'inverse, on retrouve 46,1 % des individus ayant une scolarité « plus élevée » chez les « actifs » comparativement à 37,5 % ayant une scolarité « plus faible ».

Le lien entre la scolarité et la pratique régulière d'AP a été souligné par plusieurs autres auteurs (Guinn et Vincent, 2002; Kaplan et al., 2001; Lefrançois et al., 1998). D'après l'étude de Lefrançois et al. (1998), c'est la scolarité, après l'état de santé, qui constitue la variable la plus importante liée à la pratique d'AP chez les aînés. La scolarité est non seulement liée à la pratique mais aussi à son intensité. Guinn et Vincent (2002) ont vérifié la relation entre plusieurs niveaux de scolarité et différents niveaux de pratique d'AP chez 244 aînés inscrits à des programmes d'AP. Ils ont observé une relation entre la scolarité et l'effort déployé dans la pratique régulière d'AP.

Si plusieurs études ont identifié des liens évidents entre le niveau de scolarité et la pratique d'AP chez les aînés, peu d'études ont tenté d'expliquer le mécanisme sous-jacent à cette relation.

Revenu

Bien que le revenu soit souvent cité comme étant associé à la pratique d'AP chez les populations adultes (Bauman et al., 2002), il n'est pas une variable linéairement reliée autant que la scolarité lorsqu'il est question d'expliquer les niveaux de pratique d'AP (Nolin et al., 2002). Dans l'*Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, les taux de pratique d'AP chez les individus « actifs » sont légèrement plus élevés dans les niveaux plus élevés de l'échelle de revenu que dans les niveaux plus bas (Nolin et al., 2002).

L'étude de Clark (1999) figure parmi les rares études portant sur les facteurs qui influencent l'AP des aînées à faible revenu. Dans son étude, il se propose d'identifier des contraintes psychologiques, physiologiques et environnementales à l'AP chez des aînés âgés entre 55 et 70 ans participant à un programme d'AP. Les faibles ressources économiques et psychologiques ainsi qu'un accès plus restreint à l'AP ont été identifiés comme étant des facteurs influençant la participation régulière à une activité physique (Clark, 1999). De plus, les participants de son étude éprouvent un déclassement face aux aînés de classes sociales supérieures, réduisant par conséquent leur intérêt à faire partie de séances organisées d'AP.

De manière indirecte, le niveau socioéconomique semble également réduire la pratique d'AP par son influence sur l'état de santé des aînés. Tel que mentionné par Booth et al. (1997), l'influence négative de la mauvaise santé sur la pratique d'AP semble être amplifiée chez les individus provenant de milieux moins bien nantis. Dans la même veine, suite à quatre groupes de discussion, Clark (1999) observe l'existence d'un nombre important de contraintes physiologiques à la pratique d'AP parmi les aînés à faible revenu.

Âgisme et stéréotypes

La compréhension du contexte social dans lequel les aînés évoluent nous permet également d'expliquer leur niveau de pratique d'AP (Manidi Faes, 1996). Il a été largement documenté que l'âgisme et les divers stéréotypes accolés aux aînées constituent des facteurs explicatifs de leur faible taux de participation aux AP (Clark, 1999; Hardcastle et Taylor, 2001; Manidi, 2000; McPherson, 1994; O'Brien et Vertinsky, 1991; Ory et al., 2003; Vertinsky, 1995; Whaley et Ebbeck, 1997).

L'âgisme est défini comme une forme de discrimination envers les groupes âgés qui renvoie à des restrictions liées à l'âge de l'individu (McPherson, 1994; Ory et al., 2003). Les stéréotypes qui lient le vieillissement à la sédentarité sont toujours fortement présents dans notre société et continuent à influencer le style de vie des âgés (O'Brien et Vertinsky, 1991; Ory et al., 2003; Vertinsky, 1995; Whaley et Ebbeck, 1997). Par ailleurs, sur un autre plan, McPherson (1994) signale que les âgés sont victimes d'un traitement inégal lorsqu'il s'agit de la qualité des services et des niveaux d'investissements dévolus à la pratique d'AP.

C'est en analysant les témoignages des âgés qu'on arrive à discerner l'effet d'une société âgiste sur la pratique d'AP (Whaley et Ebbeck, 1997). L'article de Ory et al. (2003) reprend plusieurs mythes sur la santé des âgés identifiés par le *MacArthur Foundation Study on Successful Aging*. Notons par exemple ceux qui se rapportent davantage aux pratiques de santé et d'AP : « être âgé c'est être malade », « les âgés sont trop âgés pour modifier leurs habitudes de vie », « il est trop tard pour améliorer la santé des âgés » et « la santé chez les âgés est génétiquement déterminée ». Pour Ory et al. (2003), il est essentiel de développer des stratégies ciblées envers les âgés afin de dissiper les stéréotypes négatifs et de favoriser la pratique d'AP chez ce groupe.

D'autres attitudes âgistes et stéréotypes négatifs qui nuisent à la pratique d'AP ont été identifiés :

- La désapprobation sociale et les jugements négatifs ont été fortement liées à une réduction de la pratique sportive chez les âgés (Hardcastle et Taylor, 2001; Manidi, 2000; O'Brien, 1994);

- l'inévitabilité et l'irréversibilité du vieillissement engendrent des croyances pessimistes qui nuisent aux efforts d'adopter des pratiques de santé et d'AP (O'Brien Cousins et Vertinsky, 1991; McPherson, 1994);
- l'image de fragilité accolée aux aînés renforce une disposition de dépendance qui nuirait à une prise en charge de leur santé (Clark, 1999).

Ainsi, l'âgisme et les stéréotypes engendrent une exacerbation des peurs face à la pratique d'AP (O'Brien et Vertinsky, 1991), une « résignation acquise » face aux capacités de réaliser des AP (McPherson, 1994) ainsi qu'un désintérêt de pratiquer des AP en lieu public (Clark, 1999).

Les études ont également identifié des acteurs pouvant contribuer à renforcer les stéréotypes sur les aînés. Pour O'Brien et Vertinsky (1991) et Manidi (2000), l'image que l'AP serait limitée aux périodes plus jeunes de la vie est souvent véhiculée par les membres de la famille des aînés, par leurs médecins et leurs amis. Ce sont surtout les professionnels de la santé qui ont été ciblés en tant qu'acteurs renforçant de tels stéréotypes (Clark, 1999; Chogahara, 1999). Dans son étude, Clark (1999) signale que les médecins et les moniteurs sportifs reproduisent sur les aînés des stéréotypes pouvant contribuer à renforcer un mode de vie sédentaire (Clark, 1999). Les médecins pourraient donc faire plus de tort que de bien au chapitre de la participation aux AP (O'Brien Cousins, 1994; Chogahara, 1999). D'ailleurs, une faible minorité (6 % à 8 %) des médecins estiment qu'ils ont influencé positivement leur patient à adopter des AP (O'Brien Cousins, 1994).

Les stéréotypes peuvent être également renforcés par la réprobation envers les aînés qui défient la norme sociale répressive à leur pratique d'AP. À ce sujet, il y a

lieu de se pencher sur l'effet dissuasif d'un langage préjudiciable envers les aînés qui s'adonneraient à une pratique d'AP (Hardcastle et Taylor, 2001; Ory et al., 2003).

Il existe encore de nombreuses croyances sur les risques de participation à une activité physique, et ce, malgré le discours sur les bienfaits de la pratique régulière d'une telle activité (O'Brien, 1995; Ory et al., 2003; Vertinsky, 1995). Ainsi, aussi longtemps que les peurs des aînés face la pratique d'AP ne seront pas atténuées par les divers acteurs sociaux (professionnels de la santé, famille, amis), les stéréotypes négatifs perdureront (McPherson, 1994).

Bien que l'image de l'aîné actif gagne en force (McPherson, 1994; Vertinsky, 1995), il demeure que de grands efforts doivent être déployés afin de changer la perception négative qu'ont beaucoup d'aînés de l'effort physique. Mais le peu de pouvoir politique détenu par ce groupe agirait comme un frein important, parmi d'autres, à la réalisation de cet objectif (McPherson, 1994).

Influences sociales

Les effets positifs de l'influence sociale sur la pratique d'AP ont été largement documentés dans le domaine de la recherche en promotion de l'activité physique et de la santé. Cependant, selon certaines études, l'influence sociale a aussi des effets négatifs sur la pratique d'AP (Chogahara et al., 1998; Chogahara, 1999). Les influences positives consistent en tout comportement qui soutient et encourage l'adoption de pratique d'AP (Chogahara et al., 1998). Les influences négatives, à l'inverse, sont des comportements qui limitent, empêchent ou découragent l'adoption de pratique d'AP (Chogahara et al., 1998). C'est l'étude de Chogahara (1999) qui apparaît comme la plus complète pour explorer ces deux effets. Les résultats de son

étude proviennent de 479 questionnaires et de 43 entrevues auprès d'individus de 55 ans et plus. Il soutient que chacune des deux influences doit être étudiée en tant qu'entité indépendante :

...negative social influence was a distinct concept relatively unrelated to positive social influence; therefore, these two constructs are not opposite ends of a continuum. This finding points to the importance of distinguishing the presence of encouraging behaviors from the absence of discouraging behaviors (and vice versa). (Chogahara, 1999 : S364)

Plusieurs auteurs ont signalé les influences sociales positives sur la pratique d'AP (Booth et al., 1997; Chogahara et al., 1998; Chogahara, 1999; Hardcastle et Taylor, 2001; McPherson, 1994; O'Brien Cousins, 1994). Soulignons que c'est la notion de soutien social qui a été la plus étudiée parmi celles-ci (Chogahara et al., 1998). Chogahara (1999) soutient que l'influence sociale positive se réalise à travers le soutien affectif d'amis, le soutien informatif (l'apport d'information) et dans le développement de l'estime de soi. Selon O'Brien Cousins (1994), le soutien social apporte une « protection » contre les discours dissuasifs sur l'AP (par ex. la désapprobation du conjoint, l'absence d'encouragement de la part d'amis et les prescriptions inadéquates du médecin).

Les influences sociales positives s'avèrent très importantes pour les populations âgées (Chogahara et al., 1998), notamment pour ceux qui souffrent d'isolement (McPherson, 1994). Ces résultats corroborent ceux de Booth et al. (1997) en ce que les aînés accordent davantage d'importance au soutien social que les groupes plus jeunes. Les résultats démontrent que 50 % des individus de 60 à 78 ans

ont mentionné l'importance du soutien d'un professionnel de la santé pour amorcer une pratique régulière d'AP, par rapport à une proportion de 22 % des individus âgés de 18 à 39 ans.

Les influences sociales négatives sur la pratique d'AP ont été moins documentées et sont quasi absentes dans les écrits en sciences de l'activité physique (Chogahara et al., 1998). Pourtant, selon Chogahara et al. (1998), elles auraient une influence aussi importante que les influences positives face à l'adoption de pratique d'AP. Pour Chogahara (1999), il y aurait trois dimensions d'influences sociales négatives sur la pratique d'AP : (a) les comportements inhibiteurs qui minent une participation active dans une pratique d'AP (avertissement, interdiction, inquiétude); (b) les comportements justificateurs qui renvoient aux actions surprotectrices réduisant l'utilité d'adopter des AP (compromis, exemption, abandon) et (c) les comportements critiques qui stigmatisent les aînés (exclusion, moquerie, mépris).

Les résultats de Chogahara (1999) nous renseignent sur le caractère multidimensionnel des influences sociales. Pour ce chercheur, les influences de la famille, des amis et des professionnels de la santé sur l'AP divergent entre elles; ainsi, une même action provenant de l'un ou l'autre de ces acteurs sociaux pourrait avoir des effets variables. Un des objectifs de la promotion de la santé consisterait à cibler les sources les plus susceptibles de maximiser la pratique, et à minimiser celles étant plus susceptibles de nuire à la pratique d'AP. Par exemple, Chogahara (1999) suggère de favoriser le soutien social dans les cercles plus intimes des aînés et de réduire les commentaires dissuasifs de certains professionnels de la santé.

Pour terminer, d'autres études viennent mitiger les effets positifs du soutien social. Selon Kaplan et al. (2001), la relation avec le soutien social est plus faible qu'on pourrait le croire chez les femmes. En effet, les aînées qui vivent seules (veuves ou célibataires) pratiquent davantage d'AP que leurs consœurs en couple (Cohen-Mansfield et al., 2003; Kaplan et al., 2001; O'Brien Cousins, 1994). Selon ces auteurs, c'est la recherche de relations sociales qui favoriserait davantage la pratique d'AP chez les aînés. Ceci vient partiellement remettre en question l'effet positif du soutien social sur la pratique d'AP.

Approches et concepts explicatifs de la pratique d'AP des aînés

Peu d'études se sont servies d'approches théoriques ou de concepts pour expliquer les niveaux de pratique d'AP lors du vieillissement. Dans la section suivante, nous présentons des études qui exploitent les approches du parcours de vie, le concept de resocialisation et les méthodes de recherche longitudinales afin de comprendre la pratique d'AP lors du vieillissement.

Parcours de vie

L'approche du parcours de vie (*life course perspective*) est fortement présente en gérontologie sociale (Marshall, 1996). Dans cette approche, le vieillissement est conçu dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale (Elder et O'Rand., 1995; Giele et Elder, 1998). En adoptant cette perspective, les chercheurs ont une vision plus globale du vieillissement, puisqu'ils s'éloignent d'une conception uniquement biologique de ce processus (Dannefer, 1988).

Peu de recherches ont utilisé cette approche en sciences de l'activité physique. Une telle perspective aurait le potentiel de retracer la pratique d'AP au cours des

diverses périodes de la vie, tout en permettant de relever ses incitatifs et ses contraintes dans le vieillissement. Au moins deux études qualitatives en sciences sociales ont présenté des cadres explicatifs de la pratique d'AP selon cette perspective auprès d'aînées (O'Brien Cousins et Keating, 1995 ; O'Brien Cousins, 2001).

La première, l'étude de O'Brien Cousins et Keating (1995) explore la variation de la pratique d'AP chez des aînées de 70 ans et plus. L'objectif de l'étude consiste à déterminer les choix de vie des aînées actives et sédentaires en fonction de trois périodes (points tournants) du parcours de vie (jeune fille, adulte, retraite/départ des enfants). Leur analyse s'appuie sur les prémisses de la théorie du « lifecourse » telle qu'identifiée par Bengston et Allen (1993) et sur les données collectées lors de deux groupes de discussion. Leurs résultats démontrent que le niveau de pratique d'AP dans la jeunesse a été similaire d'une aînée à l'autre. Ce n'est que plus tard, comme adulte, que leurs niveaux de pratique d'AP se sont différenciés. Cette période de vie adulte (i.e. avant le départ des enfants) constitue un point tournant dans l'adoption d'un mode de pratique d'AP. Par la suite, lors des périodes subséquentes du parcours de vie (i.e. après le départ des enfants et la retraite professionnelle), il y aurait eu peu de changement dans les niveaux de pratique d'AP. Selon les auteures, l'adoption de mode de vie actif ou sédentaire s'expliquerait par les différentes réactions des individus face aux obstacles de la vie. Par exemple, les auteures soutiennent que les aînés sédentaires seraient plus tolérantes alors que les actives semblaient davantage vouloir résister aux transformations biologiques suscitées par le vieillissement. Pour ces dernières, la prise de conscience de la précarité de leur santé aurait accentué le désir de demeurer actives.

La seconde, l'étude de O'Brien Cousins (2001) porte sur les déclencheurs (*triggers*) de la pratique d'AP rencontrés dans le parcours de vie des aînées. Elle vise (a) à comprendre la manière dont les aînées actives ont été encouragées à adopter un mode de vie actif et (b) à comprendre les réactions des aînées semi-actives et sédentaires face aux incitatifs de la pratique d'AP. Les déclencheurs doivent être compris comme des opportunités et contraintes ainsi que des événements de vie pouvant modifier la conception de l'activité physique (O'Brien Cousins, 2001). L'analyse s'appuie principalement sur des travaux en psychologie sociale, notamment ceux de Bandura (1997), analysant les déclencheurs de pratiques de santé. Les données proviennent d'entrevues faites auprès d'un échantillon de 32 aînées d'âge moyen de 70,2 ans. Les résultats indiquent que la recherche d'une bonne santé figure parmi les déclencheurs importants d'une pratique régulière d'AP. Chez les aînées actives, des menaces à la santé, la diminution de la forme physique, le gain de poids et la maladie seraient des déclencheurs de l'adoption d'un mode de vie actif. Par ailleurs, les aînées semi-actives et peu actives étaient moins convaincues des bienfaits de l'AP sur la santé et plus susceptibles de croire aux dangers de blessures lors d'une pratique d'AP. En conclusion, l'auteure estime que les pertes et les menaces sur le plan de la santé seraient interprétées différemment par les deux groupes d'aînées.

D'autres études ont abordé plus modestement la pratique d'AP à la lumière du parcours de vie des individus. Indirectement, l'effet de la prise de la retraite a été étudié pour expliquer la pratique d'AP chez les aînés. Cette étape de la vie a été liée à une légère augmentation de la pratique d'AP (Feillet et Roncin, 2001; O'Brien Cousins et Vertinski, 1999).

Resocialisation

Différentes expériences de socialisation contribuent à influencer la pratique d'AP (McPherson, 1994). Certaines études laissent entendre qu'un processus de resocialisation serait à l'origine de l'adoption tardive d'une pratique régulière d'AP chez les aînés (Chogahara et Yamaguchi, 1998; Curtis et al., 2000; McPherson, 1994). Seule l'étude de Chogahara et Yamaguchi (1998) s'est penchée sur l'influence d'une socialisation secondaire survenue tardivement dans le parcours de vie sur l'AP. Cette étude examine des facteurs discriminants de la pratique d'AP chez un groupe d'aînés ayant toujours été actif et chez un autre devenu actif après la retraite professionnelle. Les auteurs emploient le concept de « resocialisation » pour expliquer l'adoption tardive de pratique d'AP. Ce concept renvoie aux changements comportementaux et cognitifs survenus à la suite d'événements chocs, comme par exemple la perte d'un conjoint ou la prise de la retraite. Les résultats indiquent que le groupe ayant adopté tardivement la pratique d'AP a développé de fortes attentes à l'égard des bienfaits de la pratique d'AP au fil des ans, développant ainsi une conception similaire à celle du groupe ayant toujours été actif. Les changements comportementaux et cognitifs observés confirmeraient, lorsqu'il est question d'entreprendre des AP, la thèse selon laquelle les individus peuvent modifier leurs croyances, connaissances et valeurs plus tard dans leur vie.

Études longitudinales

Les études longitudinales expliquant la pratique d'AP sont peu fréquentes (Curtis et al., 2000). Contrairement aux études transversales, elles nous informent sur

la pratique d'AP d'un groupe d'individus sur une période de temps (Curtis et al., 2000).

La plupart de ces enquêtes et études recensées indiquent que la pratique d'AP diminue avec l'avancement en âge (Bauman et al., 2002; Cameron et al., 2003; Nolin et al., 2002). Inversement, quelques études notent une augmentation de la pratique d'AP dans le vieillissement (Curtis et al. 2000; Feillet et Roncin, 2001).

Les résultats de l'étude longitudinale de Curtis et al. (2000) contredisent ceux des résultats habituels trouvés, soit d'une relation inverse entre l'âge et le niveau de pratique d'AP. L'étude conclut que les taux de pratique d'AP de loisir des Canadiens de 65 ans et plus ont augmenté sur une période de 7 ans. L'augmentation du temps de loisir, l'effet des campagnes de médias ciblées ainsi que le désir de diminuer leur poids corporel sont les éléments mentionnés pour expliquer leur résultat.

L'étude de Wister et Romeder (2002) abonde dans le même sens que celle de Curtis et al. (2000). L'étude a consisté à identifier la variation des taux de pratique d'AP sur une période d'un an chez des aînés de 65 à 75 ans atteints de maladies chroniques. Leurs résultats indiquent que l'adoption de pratique d'AP est plus élevée que son abandon.

L'étude longitudinale de Fletcher et Hirdes (1996) utilise la même base de données que Curtis et al. (2000) mais arrive à des résultats différents. L'étude s'échelonne également sur une période de sept ans, mais étudie des individus de 55 ans et plus, comparativement à 65 ans et plus dans l'étude de Curtis et al. (2000). Les résultats indiquent peu de changement dans la pratique d'AP. En effet, les individus sédentaires étaient susceptibles de le demeurer même plus tard dans la vie.

Les divergences entre les études peuvent s'expliquer par des facteurs tels que les designs d'études, les différentes définitions accordées à la pratique d'AP (fréquence, intensité) (Curtis et al. 2000) et l'âge des populations étudiées.

Conclusion et avenues de recherche

Les aînées constituent l'un des groupes les plus vulnérables de la population (O'Brien et Vertinsky, 1991), et cette situation s'aggrave lorsqu'on y ajoute des conditions d'existence précaires (McPherson, 1994). D'où l'importance d'examiner l'impact des facteurs socioéconomiques explicatifs de la pratique d'AP. S'il y a eu des études sur les facteurs explicatifs de la pratique d'AP, peu d'entre elles tiennent compte des groupes d'aînées en fonction de leur statut socioéconomique particulier (Brawley et al., 2003). Devant la diversité des expériences du vieillissement, les études doivent renoncer à une représentation uniforme et simpliste des populations aînées lorsqu'elles étudient la pratique d'AP (Manidi, 2000; Booth et al., 1997).

Bien qu'il existe de nombreuses études sur les facteurs explicatifs de la pratique d'AP, peu de chercheurs se sont penchés spécifiquement sur l'explication de celle-ci à la lumière des différentes trajectoires de vie des individus lors du processus du vieillissement. En effet, il est étonnant de constater le manque d'études expliquant la variation sociale de la pratique d'AP chez les aînés. Compte tenu des nombreux facteurs biologiques et sociaux explicatifs de la pratique d'AP et de la diversité des expériences du vieillissement, il semble important d'adopter un cadre théorique qui tienne compte :

- de la variation sociale de la pratique d'AP sur le plan de l'âge, de l'état de santé, du sexe, de la scolarité et du revenu;

- de l'adoption de pratiques de santé et d'AP suscitées par des transformations biologiques et sociales survenues lors du vieillissement;
- des diverses contraintes et opportunités liées à la pratique d'AP chez les divers groupes d'âinées.

L'APPARENCE CORPORELLE CHEZ LES AÎNÉES

En sciences sociales, beaucoup d'études ont traité de l'apparence corporelle (AC) des femmes ; cependant peu d'entre elles ont porté sur les problématiques particulières des aînées (Hurd, 2000; Hurd Clarke, 2002a). Les rares recherches effectuées sur l'AC des aînées nous viennent de la psychologie sociale et de la sociologie. On constate également que les thèses féministes ont été fortement mises à contribution pour explorer ce thème. Les auteurs qui ont étudié ce thème ont tenté de répondre à plusieurs questions : qu'est-ce qui expliquerait la place importante accordée au corps dans les sociétés occidentales? Comment expliquer la préoccupation marquée des femmes pour l'AC? Qu'est-ce qui expliquerait le développement d'une norme de beauté d'AC? Quelles sont les incidences pour les aînées qui s'éloignent des normes dominantes de beauté? Dans cette recension, nous avons retenu les écrits qui privilégient une approche sociologique pour l'étude de l'AC. Plus précisément, nous discuterons : (a) des influences de la société de consommation; (b) de l'AC et de l'identité des aînées; (c) du vieillissement féminin et l'AC; (d) des normes sociales concernant l'AC; (e) des conséquences négatives de l'éloignement des normes de beauté; (f) des conséquences positives du vieillissement sur l'AC et (g) des alternatives aux normes sociales de beauté.

Influences de la société de consommation

Les travaux de Mike Featherstone et de ses collègues ont largement été cités pour tracer les liens entre la culture de consommation, le corps et le vieillissement (Featherstone, 1991; Featherstone, 1992; Featherstone et Hepworth, 1991;

Featherstone et Wernick, 1995). Comme le souligne Featherstone (1991), la culture de consommation engendre une conception d'« autoconservation » encourageant les individus à adopter des stratégies pour combattre le vieillissement. Par exemple, les sociétés capitalistes contribuent à l'émergence d'un discours sur les régimes alimentaires, sur les pratiques cosmétiques et sur la pratique d'AP, qui vise à repousser les effets « indésirables » du vieillissement (Featherstone, 1991; Hockey et James, 1993). Ajoutons que ces discours se traduisent en pratiques esthétiques chez plusieurs individus. Depuis les années 60, les occidentaux, toutes classes sociales confondues, n'ont jamais autant consommé de produits de beauté (Hockey et James, 1993).

La culture de consommation est également discutée en relation avec l'idéal de beauté chez la femme. C'est principalement par le biais des médias que se forgerait la construction sociale de cet idéal (Hockey et James, 1993; Featherstone, 1991). L'individu en viendrait à « refuser » le vieillissement et à concevoir la vieillesse de façon négative (Featherstone et Wernick, 1995; Hurd, 2000). L'image de la femme est ainsi affectée; plus l'image du corps ressemble à celle du corps jeune, plus elle acquiert une valeur sociale élevée (Featherstone, 1991). Avec la force que prend cet idéal de jeunesse dans la représentation sociale de la femme, on ne se surprend pas de constater l'appréhension des aînées face au vieillissement (Featherstone et Wernick, 1995).

Selon Featherstone (1991), il existe des liens étroits entre le discours de la promotion de la santé et celui sur l'AC. Pour cet auteur, le mouvement de promotion de la santé des sociétés occidentales favoriserait une logique de responsabilisation des

individus face à leur santé, à la forme de leur corps et à leur apparence saine (Featherstone, 1991). Pour illustrer ce point de vue, il suffit de constater la pression que s'imposent les aînées pour adopter des pratiques de mise en forme et de régime alimentaire dans le but de se conformer à des normes de santé, à un idéal de poids et à un idéal de jeunesse (Featherstone, 1991; Marchand, 1998; Öberg et Tornstam, 1999).

Ce qu'il faut surtout retenir de ces écrits, ce sont les liens entre la société de consommation, l'attention portée au corps pour combattre le vieillissement et la disposition des femmes à se conformer à un idéal corporel de jeunesse. Dans ces sociétés, le corps des femmes semble être assailli par le vieillissement (Hockey et James, 1993).

Apparence corporelle et identité des aînées

Plusieurs études ont noté la place qu'occupe le corps dans l'identité des aînées (Beausoleil, 1998; Hurd Clarke, 2001; Featherstone et Hepworth, 1991; Öberg et Tornstam, 1999; Turner, 1995). Lors du vieillissement, plusieurs aînées jugent que leur identité personnelle est trahie par les transformations biologiques amenées par l'âge (Featherstone et Hepworth, 1991; Hurd Clarke, 2001; Öberg et Tornstam, 1999; Turner, 1995). Le concept de « masque du vieillissement » est utilisé pour représenter la tension entre les dimensions interne et externe des individus : c'est comme si l'apparence physique des aînés était un masque recouvrant leur identité réelle (Featherstone, et Hepworth, 1991). Ce concept renvoie au décalage entre « l'âge senti » et « l'âge observé », entre l'extérieur du corps et la subjectivité de l'identité personnelle (Öberg et Tornstam, 1999). On peut alors reconnaître que si l'intérieur

demeure relativement jeune au fil des ans, l'extérieur lui, vieillit (Turner, 1995). Autrement dit, le vieillissement amènerait un écart grandissant entre les facettes interne et externe du corps.

Le décalage entre les dimensions intérieure et extérieure du corps encouragerait les femmes à résister au vieillissement dans le but de se conformer à leur intérieur plus « jeune » (Furman, 1997). Le vieillissement forcerait ainsi une réflexion sur le corps, interpellant les individus à choisir un style correspondant à leurs goûts (Turner, 1995). À l'aide de techniques du corps, telles que l'entraînement physique et les régimes alimentaires, le corps constitue un projet malléable (Featherstone, 1991; Turner, 1995).

Vieillesse féminine et apparence corporelle

Dans toutes les études recensées, l'AC préoccupe davantage les femmes âgées que les hommes âgés (Tunaley et al., 1999; Hurd Clarke, 2000; Sontag, 1979; Öberg et Tornstam, 1999). En effet, aucune époque du monde occidentale n'a été aussi exigeante à l'égard de la plastique du corps féminin que celle que nous vivons actuellement (Marchand, 1998). Selon Furman (1997), quel que soit le style adopté, la préoccupation pour l'attrait physique chez la femme demeure une disposition qui perdure dans le temps.

Quelques auteurs ont tenté d'expliquer pourquoi l'AC est plus significative chez les femmes que chez les hommes. Les différentes conceptions du corps entre les deux sexes proviendraient de leurs différentes expériences de socialisation (Bordo, 1993; Hurd, 2000). Selon plusieurs auteurs, les femmes auraient davantage été encouragées à entretenir leur corps en tant qu'objet et en fonction du regard d'autrui

(Öberg et Tornstam, 1999; Furman, 1997; Hurd, 2000; Pliner et al., 1990; Sontag, 1979).

En outre, la « valeur sociale » attribuée au corps féminin pourrait également expliquer les différences entre les hommes et les femmes en matière d'AC. Pour Marchand, (1998), la beauté est toujours représentée comme la principale source de pouvoir des femmes. L'AC et la séduction chez les femmes renvoient à une « valeur ajoutée » (*social currency*) (Brown et Jasper, 1993; Furman, 1997; Hurd Clarke, 2002b). Voici ce qu'en disent par Brown et Jasper (1993):

Because the way women's bodies look bears on how other people relate to them and is directly connected with women's economic value in society, women learn that looking good is a form of currency in the world (p. 19)

Cette valorisation sociale de l'AC n'est pas étrangère à la place accordée aux femmes sur le marché du travail. Tel que suggéré par Pociello (1981), la valeur de la beauté féminine et de la séduction sont fortement liées aux emplois de présentation et de représentation dans lesquelles les femmes sont souvent embauchées. C'est d'ailleurs chez ce groupe de travailleurs que les pertes en AC, induites par le vieillissement, se font le plus durement sentir (Bourdieu, 1979; Featherstone, 1987)

Ce pouvoir et cette valeur sociale se manifestent également dans la relation amoureuse. Puisque beaucoup de femmes sont valorisées pour leur beauté et leur séduction, cette dimension est cruciale dans l'attrance et le maintien d'une relation avec un partenaire de vie (Bordo, 1993; Sontag, 1979; Tunaley et al., 1999). En somme, la valeur d'une femme dans la culture occidentale contemporaine est souvent

associée à son AC et à sa conformité aux standards de beauté valorisés dans la société (Furman, 1997).

Normes sociales concernant l'apparence corporelle

Toutes les études empiriques recensées ont aussi souligné le désir des aînées de se conformer à un idéal de beauté de jeunesse (Tunaley et al., 1999). Si les normes d'AC changent dans le temps (Furman, 1997), les auteurs s'accordent pour dire que, présentement, l'idéal de beauté dans les sociétés occidentales renvoie au corps jeune et mince (Bordo, 1993; Furman, 1997; Hockey et James, 1993; Hurd, 2000; Hurd Clarke, 2001; Hurd Clarke, 2002a; Marchand, 1998; Öberg et Tornstam, 1999; Tunaley et al., 1999). En s'appuyant sur des entrevues menées auprès de 22 aînées, Hurd (2000) et Hurd Clarke (2002a) signalent que plusieurs interviewées rejettent l'idée que le corps des aînées puisse être « attrayant » pour autrui. Ces résultats corroborent ceux de Furman (1997) qui soutient que les aînées associent la jeunesse à la santé, la beauté et la vitalité. Selon Hurd Clarke (2001), les aînées se définissent donc en fonction de leur distance face à la jeunesse tout en intériorisant une dévaluation du corps vieillissant. Parmi l'ensemble des sujets discutés à l'égard de l'idéal de beauté, c'est la thématique de la minceur qui retire le plus d'attention des auteurs (Tunaley et al., 1999, Bordo, 1993).

Depuis l'industrialisation, l'idéal de beauté féminin correspond de plus en plus à un corps mince (Bordo, 1993). La société de consommation, notamment par l'influence des médias, aurait un rôle déterminant dans la promotion de cet idéal corporel (Bordo, 1993; Featherstone, 1991; Öberg et Tornstam, 1999; Pliner et al., 1990). Selon Featherstone (1991), la recherche d'un corps mince constitue l'un des

états corporels les plus médiatisés de notre époque. C'est l'acceptation sociale et l'accès à un style de vie plus désirable qui motiveraient les femmes à vouloir se conformer aux normes de poids corporel socialement valorisées (Featherstone, 1991). D'ailleurs, il faut également souligner que le gain de poids est la source de mécontentement la plus fréquemment citée en ce qui a trait au corps des aînées (Beausoleil, 1998; Hurd, 2000; Hurd Clarke, 2001; 2002a; 2002b; Furman, 1997; Tunaley et al., 1999).

Deux études ont exploré la problématique du poids chez les aînées, il s'agit de l'étude de Hurd Clarke (2002b) et celle de Tunaley et al. (1999). Notons que les autres études de Hurd Clarke ont également effleuré le sujet (Hurd, 2000; Hurd Clarke, 2001; 2002a).

L'étude de Hurd Clarke (2002b) explore les significations sociales attribuées au poids des aînées. Le modèle théorique de Scott et Lyman (1968) est mis à contribution afin de saisir comment les individus composent avec leur non-conformité à l'égard des normes sociales d'AC. L'étude analyse 22 entrevues menées auprès d'aînées âgées de 62 à 92 ans. Il ressort de l'analyse que la recherche d'une bonne santé ainsi que le désir de se conformer à un idéal de beauté forgent les perceptions des aînées vis-à-vis leur poids corporel. Bien qu'elles aient adopté plusieurs stratégies de perte de poids, elles prônent toutefois une approche plus dosée et moins excessive que par le passé à cet égard (Hurd Clarke, 2002b). En somme, elles se rattachent à une conception plus équilibrée, entre la santé et l'AC, lorsqu'il s'agit de leur conception du poids idéal.

L'étude de Tunaley et al. (1999) a également pour objectif d'examiner la signification sociale du poids corporel des aînées. L'étude examine 12 entrevues menées auprès d'aînées de 63 à 75 ans. Tunaley et ses collaborateurs constatent l'insatisfaction généralisée de ces aînées face à leur poids corporel. De nombreuses participantes interviewées adoptent une attitude de « laisser-aller » due à un sentiment d'impuissance à l'égard des effets du vieillissement. En dépit des pertes ressenties, cette période de la vie serait plus propice que la précédente à diminuer la pression à se conformer à un idéal de poids. La perte d'intérêt pour la séduction serait une des raisons importantes renforçant cette idée.

Ces deux études nous indiquent que les rapports à l'AC chez les aînées sont souvent complexes et semblent parfois contradictoires. Dans les prochaines sections, nous discuterons plus en détail des conséquences négatives de l'éloignement des normes de beauté et des conséquences plus positives du vieillissement sur l'AC.

Conséquences négatives de l'éloignement des normes de beauté

La diminution de la qualité de vie et de l'estime de soi des femmes s'éloignant de l'idéal de beauté de jeunesse demeure la problématique la plus souvent traitée dans l'étude de l'AC des aînées.

L'évaluation des corps âgés selon des standards de jeunesse engendrerait un processus réflexif où les aînées évaluent leur corps en fonction, encore une fois, de l'idéal de beauté et ajustent leurs pratiques corporelles en fonction des « demandes » imposées par la société (Featherstone et Hepworth, 1991; Pliner et al., 1990). La comparaison avec des corps plus jeunes occasionnerait une dévaluation de soi, puisque les aînées ne peuvent repousser éternellement les effets du vieillissement

biologique (Featherstone et Wernick, 1995; Tunaley et al., 1999). Ainsi, le vieillissement chez la femme entraînerait une perte perçue des « rôles » attribués aux femmes, notamment en ce qui a trait à celui de séductrice (Sontag, 1979). Pour Öberg et Tornstam (1999), ce sont les transformations visibles du corps des aînées qui contribuent à rendre ces femmes socialement invisibles.

Tout comme chez les femmes plus jeunes, les aînées sont socialisées pour adopter des pratiques pour améliorer leur AC (Hurd, 2000; Hurd Clarke, 2002b; Pliner et al., 1979). Bien que plusieurs d'entre elles veuillent se conformer à l'idéal de beauté, elles doivent, contrairement aux femmes plus jeunes, composer avec les contraintes du vieillissement. Cet incontournable réalité amène des problèmes d'image corporelle chez un grand nombre d'aînées. Il serait ainsi difficile de bien vieillir dans une culture où les aînées sont rarement admirées, et celles qui le sont, le sont pour leur apparence jeune (Chrisler et Ghiz, 1993).

Les conséquences néfastes diffèrent de celles que subissent les hommes (Pliner et al., 1979). Dans l'article de Pliner et al. (1990) sur le souci de l'AC dans le parcours de vie, les femmes ont une estime de soi significativement plus faible que celle des hommes à toutes les périodes du parcours de vie. D'après Pliner et al. (1990) :

... one interpretation for the gender difference is that standards for female attractiveness are much higher than for male attractiveness. Accordingly, women, constantly confronted with the medias slender and beautiful renderings of their sisters, may aspire to an ideal impossible for most of them

to achieve. Not achieving their ideal, they have low self-esteem in this area.
(p. 270)

Il suffit de noter comment les transformations sur le plan de l'AC chez les femmes, telles l'apparition de rides, la fluctuation de poids et le flétrissement de la peau, sont souvent perçues de manière négative (Hockey et James, 1993; Marchand, 1998; Sontag, 1979). Chez les hommes, ce type de jugements corporels serait nettement moins sévère. Ceci peut s'expliquer principalement par l'existence d'un double standard entre les sexes dans le contexte du vieillissement. Selon Sontag (1979), si l'AC des femmes est dévaluée dans la vieillesse, celle des hommes demeure plus stable : « Men are allowed to age, without penalty, in several ways that women are not » (p. 73).

Dans un article canonique de Sontag (1979), les pertes sur le plan de l'apparence sont particulièrement menaçantes pour les femmes. La thèse de l'auteure repose sur l'existence d'un « double standard » lorsqu'il s'agit de la reconnaissance du pouvoir des hommes et des femmes dans le vieillissement. Elle soutient que le type de pouvoir détenu par les femmes est passager, tel le pouvoir associé à la beauté et celui de la séduction, tandis que celui des hommes est plus durable tels le pouvoir associé au statut social et aux ressources économiques. Donc sur ce plan, les femmes « perdraient en valeur » à mesure qu'elles vieillissent.

Être âgée en Occident reflète souvent l'image d'être en mauvaise santé, d'être non séduisante et sans attirance sexuelle (Chrisler et Ghiz, 1993 : p. 68). Susan Sontag (1979) fait référence au processus de « disqualification sexuelle » que

subissent les femmes durant les périodes les plus tardives de la vie à mesure qu'elles s'éloignent des normes sociales de beauté valorisées.

Après avoir étudié les conséquences négatives de l'éloignement des normes de beauté, il faut considérer maintenant les conséquences plus positives du vieillissement sur l'AC.

Conséquences positives du vieillissement sur l'apparence corporelle

En général, les recherches soutiennent que la relation à l'AC des aînées diverge de celle des femmes plus jeunes en grande partie parce que les enjeux de vie se transforment au long du parcours de vie. Le vieillissement semble offrir davantage d'opportunités pour amoindrir les effets d'une non-conformité avec l'idéal de beauté. L'étude de Öberg et Tornstam (1999) observe une légère augmentation de la satisfaction du corps à mesure que les femmes vieillissent en âge. Dans l'étude de Pliner et al. (1990) les femmes de 60 ans et plus maintiennent un intérêt relativement à l'AC mais ont une estime de soi concernant l'AC plus élevée que les femmes des cohortes plus jeunes. Bien qu'elles semblent moins affectées par l'AC que les femmes plus jeunes, les aînées demeurent cependant intéressées, et ce davantage que les hommes, à cette dimension du corps tout au long de leur parcours de vie (Öberg et Tornstam, 1999; Pliner et al., 1990).

Le vieillissement amènerait donc une certaine acceptation des pertes sur le plan de l'AC (Furman, 1997; Hurd 2000; Öberg et Tornstam, 1999). Les sentiments négatifs que les aînées ressentent à l'égard de leur corps sont contrebalancés par un sentiment d'acceptation dû à l'inévitabilité du processus naturel du vieillissement (Hurd, 2000). Cette acceptation a été notée chez les participantes de l'étude de

Furman (1997) qui semblaient résignées devant les pertes en ce qui a trait à leur AC lors de cette période de vie. Ce pragmatisme des aînées atténuerait les sentiments négatifs associés aux pertes en AC (Hurd, 2000). L'étude de Öberg et Tornstam (1999) explique que ces tendances à se distancer des normes d'AC proviendraient de la maturité qu'acquière certaines aînées à mesure qu'elles avancent en âge. Cette sagesse se manifeste dans leur réduction d'investissements en AC, dans le rejet de recourir à la chirurgie plastique et dans un désintérêt envers les crèmes faciales (Furman, 1997; Hurd, 2000; Hurd Clarke, 2002a).

Ainsi, les aînées demeurent sensibles à leur AC mais différemment que dans les périodes plus jeunes de leur parcours de vie.

Alternatives aux normes sociales de beauté

Peu d'auteurs ont souligné la résistance au modèle dominant en matière d'AC chez les aînées. Par contre, selon Tunaley et al., (1999), beaucoup d'études se sont penchées sur l'intériorisation passive des normes de beauté chez ce groupe :

It is assumed that women are 'exposed' to these ideals via the medias, and that they unreflectively measure themselves against these ideals, and consequently decide that they are 'too' fat and want to loose weight....In research on body size, women become cultural 'dupes' of social forces, denied agency or the capacity to challenge or reject discourses surrounding size, sexuality and female identity (p. 745)

Or, des résultats d'études empiriques plus récentes notent des alternatives au modèle dominant. Faute de ne pouvoir se conformer à l'idéal de beauté de jeunesse, les aînées se reportent à d'autres standards de beauté plus favorables à une image

positive de leur corps (Hurd Clarke, 2002a). C'est la place grandissante de la santé et d'une apparence saine qui constitue une des sources importantes de la valorisation personnelle durant cette période de la vie (Hurd, 2000).

L'intégration de la santé à leur conception de l'AC a été signalée par de nombreux auteurs (Beausoleil, 1998; Furman, 1997; Hurd, 2000; Hurd Clarke, 2001). Dans une recherche qualitative, Beausoleil (1998) expose les liens étroits entre l'AC, la santé et le vieillissement. L'auteure constate que les participantes plus âgées de son étude intègrent davantage la santé dans leur conception de la beauté que les femmes plus jeunes; les aînées soulignent davantage l'importance d'un « look » simple et naturel en misant plus sur l'hygiène et la propreté. L'exemple du contrôle du poids révèle l'importance que prend la santé dans la conception de la beauté chez les aînées. Pour Beausoleil (1998), la pratique des régimes alimentaires affecte l'entretien du corps et de la santé de même qu'elle renvoie à des critères esthétiques.

La santé comme source croissante de valorisation personnelle est également signalée par Hurd (2000). Face aux pertes perçues en AC, plusieurs aînées de son étude se sont consacrées à l'amélioration de leur santé et au maintien de leur autonomie fonctionnelle, en soulignant la marginalité de l'AC à cette étape de leur vie (Hurd, 2000). Ce souci grandissant pour la santé et la diminution croissante de l'intérêt accordé à l'AC s'expliqueraient par un processus de réorganisation de la « hiérarchie des valeurs » occasionné par le vieillissement (Hurd, 2000).

Dans un autre article, Hurd Clarke (2001) indique plutôt que le vieillissement apporte une valorisation des dimensions internes de l'individu, incluant celle de la santé. Ce changement s'effectue en réaction à la perception de l'éloignement

inévitables de l'idéal de beauté. À cette période de leur vie, les aînées réévaluent donc leur conception de l'AC et valorisent davantage l'individualité et la personnalité qu'auparavant.

Il semblerait que malgré l'omniprésence de cet idéal de beauté, les périodes plus tardives du parcours de vie réduisent le souci que peuvent avoir les femmes au sujet de leur non-conformité aux standards de beauté.

Les problèmes d'une dévaluation personnelle demeureront toujours présents chez les aînées, du moins aussi longtemps qu'elles tenteront d'adopter des modèles esthétiques peu conformes à leur âge. En terminant, Hurd Clarke (2001) souligne que le double objectif poursuivi par plusieurs aînées, c'est-à-dire celui d'améliorer leur santé et celui d'atteindre l'idéal de beauté, ferait obstacle aux efforts pour changer la perception négative qu'elles détiennent sur leur corps :

By keeping the importance of appearance in later life in the shadows of social awareness and discussion, there can be little critique of, or resistance to, existing beauty ideals and their negative impact on older women (p. 770).

Au terme de cette observation, il existe tout de même un coût social à ne pas se conformer à la norme sociale d'AC. Certains individus peuvent choisir de négliger leur AC et de refuser ce culte du corps propre à nos sociétés ; par contre, elles doivent être prêtes à assumer les conséquences de leurs choix dans leurs relations sociales (Featherstone, 1991; Furman, 1997; Hockey et James, 1993). Dans le contexte actuel, étant donné l'omniprésence de l'idéal de beauté dans la culture populaire, Furman (1997) estime que peu de femmes dans nos sociétés peuvent échapper à son influence.

Conclusion

Les études présentées dans cette recension n'ont pas abordé la variation des relations à l'AC parmi les aînées. D'ailleurs, toutes les références à l'hétérogénéité de la population aînée semblent avoir été évacuées des analyses. Pourtant, des différences notables dans le rapport à l'AC ont été notées entre les groupes sociaux (Beausoleil, 1998 ; Bourdieu, 1979 ; Featherstone, 1987 ; Molloy et Herzberger, 1998 ; Shilling, 1993). Plus précisément, quelques auteurs notent, sans l'approfondir, le rôle que pourrait jouer la classe sociale dans le rapport à l'AC (Bourdieu, 1979; Featherstone, 1987; Shilling, 1993). Featherstone (1987) intègre le sexe, l'âge et la classe sociale dans l'approche de Pierre Bourdieu afin d'étudier le rapport au corps des aînés. Pour Featherstone (1987), les classes sociales gèrent différemment le déclin subi dans le vieillissement :

...the upper class habitus with its incorporation of symbolic capital into the body (distinguished demeanour, presence, ways of speaking, etc.) equips the individual with a set of dispositions which allow him/her to distance him/herself from the repulsive properties of old age. In effect the embodied symbolic power facilitates a presentation and disposition to overlay the negative traits with those which reinforce the bearer's status. (1987: 128)

Tout comme bien d'autres expériences biologiques de la vie humaine, les transformations biologiques de l'AC peuvent être abordées à la lumière de leurs significations sociales (Bordo, 1993; Featherstone, M. 1991; Featherstone, M., Hepworth, M. 1991, Furman, 1997; Marchand, 1998; Sontag, 1979). Une analyse

des classes sociales serait profitable dans l'étude de l'AC car elle exposerait la variation dans la signification sociale de l'AC et nous éclairerait sur les différentes expériences du vieillissement chez les aînées.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Cette section présente les présupposés méthodologiques et les étapes de recherche ayant guidé les trois études présentées dans cette thèse. Plus précisément, il sera question (a) d'exposer le choix d'une méthode de recherche; (b) de présenter l'échantillon de recherche; (c) d'exposer les techniques de collecte de données et (d) de préciser les méthodes d'analyse des données.

Méthode de recherche

Les trois articles de cette thèse partagent l'intérêt d'étudier le rapport au corps des aînées. Nous avons donc jugé opportun de concevoir un design de recherche qualitatif afin de comprendre, le plus fidèlement possible, leur point de vue. Il était donc essentiel de choisir une méthode qui prendrait en compte la conception de l'interviewée. La recherche qualitative est un type de recherche constitué de diverses traditions méthodologiques qui visent la compréhension de phénomènes sociaux et humains (Creswell, 1998; Guba et Lincoln, 1998; Hamilton, 1998). Dans son ouvrage de synthèse sur les différentes approches qualitatives, Creswell (1998) identifie plusieurs caractéristiques communes de différentes définitions accordées à la recherche qualitative :

- les méthodes de recherche sont principalement inductives;
- les participants sont étudiés dans un environnement naturel (non expérimental);

- le chercheur est l'outil de recherche;
- les données sont composées principalement de mots, et sont collectées à l'aide de techniques d'enquête telles les entrevues, les fouilles d'archives et le repérage d'écrits pertinents;
- les résultats présentent une image holistique et complexe des phénomènes sociaux et humains;
- l'accent est placé sur les significations socioculturelles et psychologiques des participants.

Pour Creswell (1998), le choix de l'utilisation d'une recherche qualitative repose sur (a) l'intérêt d'étudier une thématique peu explorée par la science (où les variables de l'étude peuvent difficilement être mesurées et où peu de théories sont disponibles pour expliquer l'objet d'étude); (b) le besoin d'obtenir une vue détaillée sur un sujet lorsqu'une image globale n'est pas suffisante; (c) la nécessité d'étudier les individus dans leur environnement naturel et (d) la compréhension du point de vue des participants d'étude plutôt que celui de chercheur. C'est dans cette perspective que la recherche qualitative apparaît comme la forme de recherche la plus adéquate pour atteindre les objectifs de cette thèse.

La dimension interprétative de la recherche qualitative est également soulignée par beaucoup d'auteurs (Creswell, 1998; Guba et Lincoln, 1998; Hamilton, 1998; Lincoln et Denzin, 1998; Rubin et Rubin, 1995). Dans le cas d'une analyse de contenu, le chercheur, tout en étant guidé par sa perspective théorique, interprète le discours des participants afin de mieux étudier leur conception sociale. Pour les fins

de cette étude, nous adoptons une approche de type interprétative telle que proposée par Rubin et Rubin (1995) :

What is important with interpretative social scientists is how people understand their worlds and how they create and share meanings about their lives. Social research is not about categorising and classifying, but figuring out what events mean, how people adapt, and how they view what has happened to them and around them. Interpretative social research emphasises the complexity of human life. Time and context are important and social life is seen as constantly changing. (p. 34)

Pour ce qui est de l'analyse des données, nous privilégions une approche « émique » plutôt qu'une approche « étique » (Denzin et Lincoln, 1998; Jary et Jary, 1995; Pike, 1993;). Cette approche nous permet d'obtenir une « vue de l'intérieur » minimisant ainsi les *a priori* culturels du chercheur.

Enfin, selon Denzin et Lincoln (1998), la recherche qualitative consiste à remettre en question les présupposés et méthodes positivistes. En accord avec plusieurs auteurs (Denzin et Lincoln, 1998; Guba et Lincoln, 1994; Rubin et Rubin, 1995), nous estimons que les significations sociales des individus peuvent être difficilement saisies, isolées et soumises à la mesure scientifique. Nos méthodes de recherche ne consistent donc pas à contrôler des variables, expliquer ou prédire, mais plutôt à interpréter les témoignages et à comprendre les phénomènes sociaux selon le point de vue des agents sociaux à l'étude (Guba et Lincoln, 1994).

Échantillon de recherche

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche qualitative plus vaste portant sur l'AP, la santé et le bien-vieillir. Au total, 122 entretiens ont été effectués auprès d'aînées de divers groupes socioculturels francophones. Les aînées sélectionnées dans la présente étude proviennent d'un sous-échantillon de 39 aînées francophones issues de milieux moins bien nantis et de 12 aînées de milieux bien nantis de la grande région de Montréal.

La description de l'échantillon

Le Tableau 1 dresse un portrait des 51 participantes selon l'âge, la scolarité, le secteur d'occupation, le secteur d'occupation du conjoint, le nombre d'enfants et l'état civil. Ce tableau atteste des écarts considérables entre les conditions d'existence des participantes de l'étude. Certaines vivent dans des conditions de grande pauvreté et d'autres, des conditions très aisées; certaines ont complété une troisième année du primaire et d'autres, un doctorat. Mis à part quelques cas de trajectoires sociales (ascendantes ou descendantes), la plupart des aînées ont maintenu le même capital économique et culturel (faible ou élevé) au cours de leur parcours de vie.

En ce qui a trait aux femmes de milieux moins bien nantis, plusieurs d'entre elles ont consacré une grande part de leur vie aux soins des enfants et aux tâches ménagères. Dans certains cas, le départ des enfants leur a permis d'intégrer le marché du travail dans des domaines exigeant peu de scolarité, tels la restauration, le service à la clientèle, l'industrie du textile et la garde d'enfants. De plus, le recours au soutien financier public a souvent été nécessaire puisque les revenus ne suffisaient pas à subvenir aux besoins de leur famille. Certaines conséquences de la pauvreté ont

TABLEAU 1. Caractéristiques de l'échantillon

	Milieux moins bien nantis	Milieux bien nantis
Aînées interviewées		
Montréal	20	12
Laval	19	0
Âge		
65 à 69 ans	18	5
70 à 75 ans	21	7
Scolarité		
Primaire	35	1
Secondaire	4	0
1 ^{er} cycle universitaire	0	3
2 ^{ème} cycle universitaire	0	5
3 ^{ème} cycle universitaire	0	3
Secteur d'occupation de l'aînée		
Ménagère	19	2
Textile	7	0
Restauration	7	0
Soins de santé	4	0
Bureau	2	0
Enseignement	0	6
Administration	0	2
Travail social	0	2
Secteur d'occupation du conjoint		
Ouvrier	20	0
Vente	4	0
Transport	4	0
Administration	2	4
Enseignement	0	1
Médecine	0	2
Recherche	0	2
Inconnu	7	0
Nombre d'enfants		
0	5	3
1-2	9	5
3-4	16	3
5-7	9	1
État civil		
Veuve	20	3
Divorcée	14	1
Mariée	3	5
Célibataire	2	3

contribué à accentuer leurs conditions de vie précaires (e.g. mortalité prématurée, maladie et dépression).

Pour ce qui est des aînées des milieux bien nantis, il importe de souligner que malgré leurs ressources économiques élevées, elles se distinguent d'abord par leur scolarité très élevée. Elles peuvent donc être identifiées à la fraction de classe associée à la bourgeoisie intellectuelle québécoise. Sur le plan de l'emploi, elles œuvrent principalement dans les domaines de l'éducation, du travail social et des soins de santé. Quant à leur conjoint, ils occupent généralement des emplois de professions libérales. Sur le plan familial, la taille de leur famille est beaucoup plus petite que celles des aînées des milieux moins nantis.

Recrutement des participantes

Le recrutement des participantes s'est fait de manière à présenter une diversité des points de vue sur les thèmes spécifiques à notre objet de recherche (Rubin et Rubin, 1995). L'échantillon dit « intentionnel » (Deslauriers, 1991) devait satisfaire plusieurs critères permettant précisément de répondre aux exigences de cette recherche. L'échantillon devait être composé de femmes :

- francophones des régions de Montréal et Laval;
- âgées de 65 à 75 ans;
- considérées «autonomes» selon les normes du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (c.-à-d. une personne dont les besoins sont inférieurs à une heure-soins/jour et qui n'a pas besoin d'aide pour les activités quotidiennes telles que manger, se lever, s'habiller, se laver, etc.);

- issues de milieux socioéconomiques moins nantis (c.-à-d. une personne qui reçoit le supplément de revenu garanti du gouvernement) ou bien nantis (c.-à-d. une personne qui a une scolarité universitaire ou des ressources financières élevées).

L'échantillonnage a permis de cibler des aînées confrontées à des conditions de vie différentes et d'obtenir une polarisation de l'échantillon. Pour cette raison, nous avons évité de sélectionner des aînées des classes moyennes dans le but de mieux saisir le contraste entre les conditions d'existence des deux groupes d'aînées. Notons que sur les 55 entrevues effectuées, quatre ont été rejetées parce que les participantes s'avéraient plus près de la classe moyenne.

Le recrutement des aînées de milieux moins bien nantis s'est fait en trois étapes. Pour commencer, nos partenaires de Montréal (Kino-Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre) ainsi que ceux de Laval (la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Fédération de l'âge d'or du Québec de Laval) nous ont fourni une liste d'organismes sociaux (e.g. CLSC, associations de locataires de HLM, clubs de loisirs) susceptibles de nous mettre en contact avec des aînées qui répondraient à nos critères d'échantillonnage. Ensuite, les organismes sociaux ont été conviés à présenter le projet à des aînées et à cibler celles intéressées à participer à ce projet. La dernière étape a consisté à contacter les aînées intéressées afin d'établir des liens initiaux, de leur présenter les objectifs de l'étude et la modalité de fonctionnement conformément aux règles éthiques et de fixer une rencontre pour l'entrevue.

Le recrutement d'ainées des milieux bien nantis a nécessité l'emprunt d'autres réseaux. Celles-ci ont été recrutées à partir d'une liste de professeurs retraités de l'Université de Montréal, de membres de clubs sportifs et avec l'aide de personnes ressources.

Au total, plus d'une vingtaine de sources de recrutement ont été sollicitées pour constituer l'échantillon final. La diversité des sources exploitées a permis d'obtenir un échantillon très diversifié. Il est à noter que plusieurs efforts de recrutement ont échoué puisque beaucoup d'ainées ne correspondaient pas aux critères fixés.

Collecte de données

La collecte des données privilégie le procédé d'entrevues individuelles, semi-dirigées et variant en durée de 90 à 120 minutes. Chaque entrevue a été enregistrée afin de procéder à une analyse de contenu. L'entrevue de type « culturel » a été adoptée afin de saisir les conceptions des pratiques des aînées (Rubin et Rubin, 1995).

Entrevue semi-dirigées

Selon Bourdieu (1993), l'entrevue doit concilier deux objectifs, celui de relever les éléments nécessaires à l'analyse de la position sociale des participants, et celui de comprendre leurs prises de position.

D'une part, deux techniques d'enquête ont permis de collecter des données sur la position sociale (conditions d'existence) des participantes. D'abord, les participantes ont répondu à un court questionnaire portant sur leurs caractéristiques socioéconomiques (voir annexe 1). Cette étape s'est révélée cruciale afin de pouvoir

adapter nos questions d'entrevue et contextualiser le discours des participantes. Par la suite, après la tenue des entrevues, nous avons pris des notes et inscrit nos impressions sur les caractéristiques personnelles des aînées ainsi que sur leur environnement social dans le but d'approfondir nos connaissances sur les conditions de vie des participantes. Cette collecte d'information a permis d'identifier des liens entre les conditions d'existence et la vision du monde des interviewées.

D'autre part, la vision du monde et les prises de positions des participantes ont été collectées grâce aux questions du guide d'entrevue. Il va de soi qu'un accent particulier a été placé sur les significations sociales que les aînées attribuent à leur corps, à la prévention, aux pratiques d'AP et à l'AC. Les entrevues ont permis aux participantes de s'exprimer librement sur les thèmes de l'entretien. Six thèmes ont été développés dans le guide d'entrevue afin de répondre aux questions de recherche (voir annexe 2) : (a) la perception des ressources matérielles et humaines en matière d'AP, (b) les habitudes à l'égard de la pratique d'AP, (c) la trajectoire à l'égard de la pratique d'AP, (d) les conceptions à l'égard de l'AC, (e) les conceptions du vieillissement ainsi que (f) les conceptions de la santé et des médicaments.

Préparation aux entrevues

En situation d'entrevue, l'intervieweur devient l'outil principal de la collecte de données (Creswell, 1998; Denzin et Lincoln, 1998). La technique de l'écoute active de Bourdieu (1993) a été privilégiée au cours des entrevues. Pour Bourdieu (1993), l'intervieweur doit manifester sa disponibilité totale à l'égard de la personne interrogée, se soumettre à la singularité de son histoire particulière, adopter son langage, ses vues et ses pensées dans le contexte de l'entrevue. Des mesures, telles

que l'adoption d'un langage non sexiste et non âgiste, la sélection d'un lieu d'entrevue déterminé par la participante et un habillement non formel, permettent de diminuer les rapports de pouvoir.

Nous avons également tenu à suivre certains principes et procédures issus des recherches féministes qui permettent à la participante de s'exprimer pleinement sans les contraintes engendrées par des rapports de pouvoir entre l'intervieweur et l'interviewée (Ristock et Pennel, 1996). Les rapports de pouvoir peuvent être nombreux durant la dynamique de l'entrevue (e.g. homme/femme, jeune/âgé, scolarisé/moins scolarisé). Ces rapports de pouvoir sont inévitables et nécessitent une attention particulière afin de bien comprendre les relations structurelles et interpersonnelles qui affectent le processus de recherche (Ristock et Pennell, 1996). Établir un rapport de confiance pendant l'entrevue a certainement contribué à saisir davantage la vision du monde des participantes. C'est particulièrement grâce à cette dynamique sociale qui s'instaure entre le chercheur et les participants que des propos riches et authentiques sont partagés. Plusieurs dimensions du rapport au corps, notamment dans le cas de l'AC, n'ont pu être abordées que dans le contexte d'une telle dynamique de confiance dans les entrevues.

Les considérations éthiques

En première instance, les considérations éthiques du projet de recherche ont été élaborées dans le cadre de l'étude plus vaste intitulée « Femmes aînées, activités physiques et santé », et acceptées par le comité d'éthique de l'Université de Montréal (voir annexe 3). Ensuite, avant d'entamer la collecte des données, chaque participante devait signer un formulaire de consentement (voir annexe 4). Chacune d'entre elles

était informée de la nature du projet et de l'engagement des chercheurs à assurer leur anonymat et à garantir la confidentialité des données. Elles ont été avisées de l'enregistrement sonore des entrevues et de leur droit de cesser l'entretien à tout moment. À plusieurs occasions, les participantes se sont d'ailleurs prévaluées de ce droit de cesser l'enregistrement afin de partager des informations plus intimes. Des pseudonymes ont été attribués aux participantes conformément à leur choix et des mesures ont été prises pour éviter qu'elles ne puissent être repérées dans les transcriptions.

Analyse des données

L'analyse des données sera présentée en trois sections. Il sera question : (a) de la transcription des entrevues et de la gestion des données, (b) de l'analyse de contenu et (c) des critères de scientificité de l'étude.

Transcription des entrevues et la gestion des données

Tout d'abord, chacune des entrevues a dû être transcrite afin de permettre l'analyse. La transcription des données a suivi des techniques qui s'apparentent aux méthodes ethnographiques (DeVault, 1990). Les enregistrements d'entrevue ont été transcrits intégralement dans un format compatible avec le logiciel de traitement de données qualitatives N-Vivo. Les nuances du discours, telles les pauses, les hésitations ainsi que les états émotifs des aînées, tels les rires et les pleurs, ont tous été notés entre parenthèses (DeVault, 1990). Chaque paragraphe a aussi été conçu afin de représenter les échanges verbaux entre l'intervieweur et l'interviewée.

Une fois les transcriptions terminées, nous les avons intégrées au logiciel N-Vivo afin de procéder à la gestion des données préalable à l'analyse de contenu. Le

logiciel nous a permis de gérer une grande quantité d'information, selon les caractéristiques socioéconomiques des aînées et selon les thèmes principaux abordés dans le guide d'entrevue.

Vu l'importance accordée aux conditions d'existence, nous voulions développer un système de classement des entrevues selon les caractéristiques socioéconomiques des aînées. Le logiciel nous offrait l'option de grouper les aînées selon le classement désiré (âge, classe sociale, lieu de résidence), ce qui permettait de procéder rapidement à des analyses plus fines. Le classement selon la classe sociale a été exploité davantage que les autres. N-Vivo nous a aussi permis de coder et de classer nos données selon les questions de recherche de chacune des trois études. En tout, plus d'une quarantaine de catégories ont été regroupées dans des pochettes d'information.

Analyse de contenu

Selon Boutin (1997), les différentes analyses qualitatives emploient des méthodes d'analyse relativement similaires. Ces dernières consisteraient à lire les transcriptions d'entrevues, à souligner les passages porteurs d'idées, à regrouper les passages en catégories et à tracer des liens entre les catégories obtenues (Boutin, 1997). L'analyse des données a été guidée par une approche émique (Denzin et Lincoln, 1998; Jary et Jary, 1995; Pike, 1993). Pour Pike (1993), ce type d'approche vise à comprendre une réalité sociale selon la perspective culturelle du participant (vue de l'intérieur). Ainsi, le chercheur n'emploie pas sa propre catégorisation dans l'analyse des résultats (grille d'analyse) (Pike, 1993).

Les premières étapes ont été consacrées à la lecture et à la relecture des transcriptions afin de se familiariser avec les données amassées. Ensuite, les diverses informations fournies par les aînées ont été regroupées en catégories construites à partir de leurs affinités sémantiques. Chaque passage d'entrevue qui pouvait être rattaché à une catégorie a été codé à l'aide du logiciel N-Vivo. Cette création de catégories s'est produite de manière itérative (Rubin et Rubin, 1995), c'est-à-dire que la première transcription a permis de générer des catégories qui ont servi de référence ou de remise en question de la deuxième. Cette technique s'est poursuivie jusqu'à la dernière lecture. En conséquence, les catégories se sont affinées au fur et à mesure de l'analyse. Cette procédure a été suivie par l'analyse des catégories en fonction de leur relation aux conditions d'existence et avec la trajectoire sociohistorique des interviewées (analyse verticale). Enfin, les données ont été analysées dans une perspective comparative entre les aînées d'un même milieu social et entre celles de différents milieux sociaux (analyse transversale). Cette démarche vise à analyser le rapport au corps des aînées confrontées à des conditions d'existence similaires et différenciées.

Critères de scientificité

Les résultats des études quantitatives et qualitatives ne sont pas soumis aux mêmes critères de scientificité. Les procédés de validation (interne ou externe) des résultats et de fidélisation de l'instrumentation, traditionnellement employés dans les méthodes quantitatives, ne correspondent pas aux procédés de validation de la recherche qualitative (Rubin et Rubin, 1995, Denzin et Lincoln, 1998, Eisenhart et Howe, 1992). Les objets des sciences sociales, ainsi que le rapport interprétatif qui

s'installe entre le chercheur et ses données, mènent à l'utilisation d'autres méthodes de validation des résultats. Bien qu'il existe plusieurs méthodes de validation, nous nous appuyons principalement sur les trois critères de crédibilité proposés par Rubin et Rubin (1995) : (a) la transparence, (b) la concision et la cohérence et (c) la communicabilité.

- La transparence : il s'agit de mettre en évidence les étapes de conception du design de recherche, de faire état du processus de collecte (formation à la réalisation d'entrevues, construction du guide d'entrevue, transcription des entrevues), de présenter les preuves empiriques à l'aide d'extraits du discours des participantes et de rendre compte des forces et faiblesses du design de recherche. De plus, chaque dossier des participantes a été conservé conformément aux règles d'éthique en recherche universitaire.

- La cohérence et la concision : il s'agit d'explorer et de comprendre les contradictions et les incohérences « apparentes » dans les discours des participantes. Au fil des entrevues, des questions ont été ajoutées dans le guide d'entrevue afin d'éclairer certains aspects qui nous paraissaient incomplets, inconsistants et contradictoires dans les discours des participantes. De plus, la comparaison des résultats à ceux d'autres études et l'explication des différences ont également permis d'augmenter la cohérence de l'étude.

- La communicabilité : les analyses des données ont été présentées de manière à offrir une description aussi fidèle que possible des conceptions des participantes et de l'objet d'étude. D'une part, les passages d'entrevue utilisés lors de la rédaction visent à appuyer les idées véhiculées dans l'analyse. Une description détaillée et nuancée

des résultats a contribué à garantir l'authenticité des témoignages. D'autre part, l'approche émique et le style d'entrevue adopté ont permis aux participantes de s'exprimer sur leur propre expérience, ce qui a apporté une légitimité aux arguments véhiculés dans les analyses.

CHAPITRE 4

Manuscrit de l'article 1

**Preventive practice of older women of contrasting socioeconomic milieus:
understanding physical activity later in the lifecourse**

Alexandre Dumas

Suzanne Laberge

Notes :

1. L'article sera soumis au périodique *Sociology of Health and Illness*.
2. Ce chapitre respecte les normes de rédaction du périodique.
3. L'annexe 5 présente un article de vulgarisation scientifique publié dans le périodique *Le Gerontophile* intitulé : Conceptions de la prévention dans le contexte du vieillissement : le cas de l'activité physique.

**Preventive practice of older women of contrasting socioeconomic milieus:
understanding physical activity later in the lifecourse**

SUMMARY

The aim of this study was to further the understanding of processes underlying preventive health and physical activity practices of older women in contrasting life conditions. To pursue this objective, we addressed the articulation between social class and preventive health behaviours in the context of ageing. The data consist of 51 interviews with women from Quebec aged between 65 to 75 years old from disadvantaged and affluent milieus of Montreal. Interviews were analysed according to Pierre Bourdieu's sociocultural theory of practice (habitus and strategy). Content analysis revealed that class conditions of the participants engendered different dispositions towards PA and preventive behaviour between the two milieus. However biological and social living conditions arisen in the ageing process also engendered changes in preventive health behaviour and PA practice. A striking finding in this study was that although dispositions differed greatly between the two milieus during youth and adulthood, they tended to be more alike in the later phase of the lifecourse. Bourdieu's concept of habitus and notion of strategy were both useful in understanding how social class and age are important structuring principles of preventive health behaviour in later life.

Key words: Older women, prevention, physical activity, ageing, socioeconomic, Pierre Bourdieu.

Preventive practice of older women of contrasting socioeconomic milieus: understanding physical activity later in the lifecourse

Introduction

This paper presents the results of a qualitative analysis of older women's biographic accounts of their relation towards prevention and physical activity (PA). The study¹ was carried out in Montreal (Quebec, Canada), in two highly contrasting socio-economic milieus. In-depth interviews were conducted with 51 physically autonomous French-speaking women aged between 65 and 75. Our principal concern is to further the understanding of processes underlying preventive health and PA practices of older women during their lifecourse. To pursue this objective, we address the articulation between social class and preventive health behaviours in the context of ageing. Interviews were analysed according to Pierre Bourdieu's sociocultural theory of practice, and more particularly using his concept of habitus.

Empirical research has brought considerable insight to the understanding of social inequalities in prevention. It is often suggested that poor living conditions shape attitudes or world-views unfavourable to preventive health behaviours (Boltanski 1971, Pill and Stott 1985a and b; Calnan and Williams 1991); for example, lack of internal focus of control (Blaxter 1982) or fatalistic views in overcoming health risks (Boltanski 1971, Pill and Stott 1985a) have been put forth to explain health behaviours of people living in underprivileged conditions. Amongst publications in the field of social study of health, it is worth mentioning a key study

¹ This study was subsidized by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada.

that has not been widely disseminated in Anglo-Saxon literature. Studying the social uses of the body, Boltanski (1971) discusses through his Bourdieu's inspired concept of 'somatic culture', how social life conditions shape attitudes of prevision, a key feature of one's relation to time (short-term or long-term). Such as with economic prevision, poor life conditions impose the internalisation of an ethos towards time, weakening one's attitude concerning prevention of illness (Boltanski 1971: 221). His research also highlights the heightened interest and attention one has towards one's health as one rises in the social hierarchy. This is explained through differential dispositions in facing precursory signs of illness. This study has the merit of illustrating, although indirectly, how one's relations to time and to health risks are both socially structured dimensions of preventive health behaviour.

It has been widely acknowledged that PA constitutes a preventive health behaviour, whereas physical inactivity constitutes a risk factor (Van der Bij *et al.* 2002, Kahn *et al.* 2002). Moreover, several national surveys attest to social inequalities regarding regular PA practice (Nolin *et al.* 1998, Cameron *et al.* 2003). In the province of Quebec, individuals with a lower educational level have a physical inactivity rate that is twice as high as that of individuals with a higher educational level: 37% and 18% respectively (Nolin *et al.* 1998: 64). Furthermore, other studies show that members of classes with a higher cultural capital are more prone to search for health benefits and fitness (Boltanski 1971, Bourdieu 1978). Comprehension of such inequalities continues to be an objective of sociology of health. On this subject, Bourdieu suggests that class differentiation in PA practices is due:

... as much to variations in perception and appreciation of the immediate or deferred profits they are supposed to bring, as to variations in the costs, both economic and cultural and, indeed, bodily (degree of risk and physical effort)... (1984: 212)

Differential practices pertaining to physical activities according to social class have mainly been addressed through studies of 'relation to the body' (Boltanski 1971, Laberge and Sankoff 1988). In his study on sport and social class, Bourdieu identifies two opposing relationships to the body among working classes and professionals:

On one side, there is the instrumental relation to the body which the working classes express in all the practices centred on the body, whether in dieting or beauty care, relation to illness or medication, and which is also manifested in the choice of sports requiring a considerable investment of effort... On the other side, there is the tendency of the privileged classes to treat the body as an end in itself, with variants according to whether the emphasis is placed on the intrinsic functioning of the body as an organism, which leads to the macrobiotic cult of health... (1978: 838)

These empirical studies have dealt with adult populations; however, we don't know whether they are valid for older populations as they experience illness and physical incapacities relating to ageing.

Ageing and the Salience of Health Concerns

Notwithstanding the fact that social life conditions are pivotal in the understanding of inequalities in preventive health behaviour, no study to our knowledge has focused on how these inequalities manifest themselves in ageing, and

to what extent they persist throughout the lifecourse. Pursuing this research avenue could contribute to answering fundamental questions such as: How are issues of time and health risks negotiated in the final phases of the lifecourse? Does the meaning of prevention and PA change throughout the lifecourse? Ultimately, are explanations of adult health behaviour valid for senior populations?

Old age seems to involve several deterring elements when it comes to adopting preventive practices. The inevitability of health problems and temporal constraints incurred by the body's finitude could prompt seniors to favour curative practices over preventive practices. However, some authors have suggested that health concerns become salient for people entering the later phases of their lifecourse (Backett and Davison 1995, Cockerham *et al.* 1997, Lawton 2002). Moreover, Laberge (2003) has shown that dispositions and perceptions relating to PA and preventive health behaviour differ in age groups (adolescent, adult, later life); she explains these differences by the three age groups' differential life issues and the possible existence of an age habitus. Lawton's (2002) study, on the other hand, explains such differences by the way people's image of their future varies according to their position in the lifecourse and to their health status:

Older participants, as a general rule, appeared to be much more 'health conscious' than those of younger ages, and were much more likely to perceive the prospect of future ill-health and death... (2002: 718).

In the same line of thought, she also suggest that:

...the experience of embodied ill-health, rather than increasing chronological age per se, that prompted people to perceive themselves as directly vulnerable to the threats of future morbidity and mortality. (2002: 719).

Consequently, these observations incite us to further our exploration of the relation that older women maintain with prevention, thus enabling us to better adapt health promotion interventions with this segment of the population, which, in the years to come, will certainly become a target for public health policies.

Theoretical Framework

Although Bourdieu has not devoted a complete project to health practices, the relevance of his approach to their study has been documented in other works (Boltanski 1971, Cockerham *et al.* 1997, Williams 1995). Habitus and strategy are the key concepts that will impart form to our analysis of the older women's dispositions concerning preventive health behaviours.

For Bourdieu, a comprehensive attempt at understanding the logic according to which a social agent feels more or less inclined to adopt physical activities must delve into a person's deeper dimension, such as the relation one has to the body or one's bodily dispositions (Laberge and Kay 2002). His concept of habitus fulfils this endeavour. Laberge and Kay (2002) provide the following synthetic definition of Bourdieu's concept of habitus:

...an embodied internalised system of schemes of dispositions, perceptions and appreciation [...] [that] is shaped by living conditions characteristic of a social

position and operates as the generating principle of classifiable practices and of judgements (2002: 247)

Homogeneous conditions of existence impose conditionings and produce systems of dispositions, which engender similar practices for a social group (Bourdieu 1984: 101). It should be noted that habitus, as a generating principle, does not determine practices in a strict sense; it allows freedom within certain limits imposed by living conditions. In this article we will consider both social and biological conditions of existence. The connection between the two, and the conditionings, opportunities and constraints they impose, will serve to analyse social agents' dispositions towards preventive health behaviour.

Bourdieu contends that practice is 'interest oriented' without being governed by rational computation (Bourdieu 1998). By using an analogy with 'the feel for the game', he sees practices as being fundamentally self-interested, in the sense that: '...to participate, to admit that the game is worth playing and that the stakes created in and through the fact of playing are worth pursuing...' (Bourdieu 1998: 77). With respect to research on health, Frank (2002) suggests that the usefulness of Bourdieusian theory lies in: 'the recognition people's actions reflect what stakes they feel compelled to take seriously, and what stakes they feel unable to take seriously even if they 'know' they should' (2002: 390).

Bourdieu's notion of strategy describes practice as 'time bound'. According to Swartz: '...actors [strategists] in their everyday practices attempt to move through a maze of constraints and opportunities that they grasp imperfectly through past experience and over time' (1997: 99). Strategy involves the idea of anticipation or of

one's relation to the future. But again social agents do not necessarily consciously plan their actions in view of future projects: 'Social agents who have a feel for the game, who have embodied a host of practical schemes of perception and appreciation ... do not need to pose the objectives of their practice as ends' (Bourdieu 1998: 80). Future states are embedded in possibilities and constraints offered by people's life conditions. For Bourdieu, strategy is a product of 'practical sense' (Bourdieu 1990a: 62), the latter being very similar to the concept of habitus. Practical sense, as defined below could be used to demonstrate that preventive practices are somewhat interest oriented and bounded by time:

... [Practical sense] orients 'choices' which, though not deliberate, are no less systematic, and which, without being ordered and organized in relation to an end, are none the less charged with a kind of retrospective finality. (Bourdieu 1990b: 66)

Methodology

This study is part of a larger qualitative research on PA, health and ageing well². In all, 122 in depth interviews were conducted with older women from various sociocultural and socioeconomic milieus.

Sample

Participants in the project were recruited in collaboration with local partners from the various geographical environments targeted. Those selected for the present

² This study is part of a collective research project on physical activity, health, and healthy ageing of older women. The research has received approval from the Health sciences ethics committee of the University of Montreal.

study come from a sub-sample of 51 older women, of which 39 participants come from underprivileged milieus, and 12 from affluent milieus. Indicators such as educational levels and household income enabled us to choose two groups of older women confronted to differential socioeconomic living conditions. The higher number of participants from underprivileged environments is explained by the fact that the general objective of the project was to further research into the culture of older women from underprivileged milieus.

Selected participants had to satisfy the following criteria: French-speaking inhabitants of the Greater Montreal Area (Canada); aged between 65 and 75; considered physically autonomous according to the norms of the Quebec Ministry of Health and Social Services (relying on less than one hour of care per day and not in need of help for daily activities such as: eating, getting up, getting dressed, washing, etc.); living in underprivileged socio-economic environments (receiving the government's Guaranteed Income Supplement), or affluent ones (those with university schooling or substantial financial resources).

Table 1 brushes a portrait of the 51 participants according to age, education, number of children, past occupation and that of their spouse, and marital status. Older women from underprivileged environments have a poor economic and cultural capital. Many of them have devoted a large part of their life to childcare and household duties. In certain cases, adult children leaving home allowed them to integrate the labour market in areas that required little schooling, such as the restaurant trade, customer service, the textile industry and childcare. By contrast, the older women from affluent milieus have a much more substantial economic capital,

however, they are mostly set apart by their high cultural capital. At the employment level, they worked in the areas of education, social work and healthcare. Generally, their spouses are professionals. These traits make them representative of the intellectual bourgeoisie of Quebec French society.

Data Collection and Analysis

Data collection favoured a process of semi-structured interviews that varied in length between 90 and 120 minutes. A 'cultural' type interview (Rubin and Rubin 1995) was adopted in order to understand conceptions with regard to the participants' social practices. Each interview was preceded by a short questionnaire on socio-demographic characteristics. The interviews broached several themes with regard to physical activities, including perception of financial and human resources, habits, evolution of practice and conceptions of health.

The transcripts of these interviews were compiled in N-Vivo, a software program that processes qualitative data. Subsequently, we proceeded to a content analysis. At first, the various information provided by older women were grouped into categories constructed from their semantic affinities. An analysis of the living conditions and the socio-historic path of each woman interviewed (vertical analysis) followed this step. Finally, data were analysed in a comparative perspective between the participants of the two socioeconomic milieus (transversal analysis).

Findings

This paper will be structured to present dispositions engendered by the social and material life conditions in which participants evolved throughout their lifecourse. Therefore, periods of youth, adulthood and old-age will be exposed. The excerpts of

the interview verbatim will be accompanied by the pseudonym, age and previous occupation of the participant.

Youth living conditions as sources of differentiation

Participants were born between 1925 and 1935. As elsewhere in North America, the 'fitness movement' truly took off in the 60's (Sage 1998). Prior to this period, regular practice of PA was rather marginal in Québec, especially for women (Guay 1980). Thus, for the majority of participants, whether from underprivileged or affluent milieus, PA practised during childhood were generally limited to spontaneous recreational activities with family and friends and to mandatory 'physical education' activities in school, when available:

In those days, it wasn't popular to say 'I'm off to do some exercise', no, it wasn't popular (Blanche, 69, textile worker).

During the early teens, marked differences begin to appear between social classes regarding the practice of PA. For girls from underprivileged milieus, practice of PA was considerably limited during adolescence. Conditions of great poverty allowed for few opportunities to practice since they had to perform activities that were considered more 'useful' by their social environment. Thus, the haste to find paid work appears, unless they were needed to care for a family member. The time required for these activities and the energy expended did not favour regular practice of PA or active spare-time activities:

No [I didn't have any spare-time activities during my childhood]. I wasn't able to live out my childhood because of my mother's illness. I played outside but my father would always come and get me to take care of my mother. At

13, I was cooking and doing laundry. At 15, I washed my mother in bed during 9 months. Once a year I had to be put in the hospital because of exhaustion (Rolande, 66, Housewife).

12, 13, 14 years old, you become a teenager, you change a little bit... Well, in the class I took, to become a nursery nurse, there wasn't much sports. They asked for a lot of requirements to work. We worked 12 hours a day. There, we didn't do much exercise, we went for walks, that's about it. We were so tired (Hillary, 65, nursery caregiver).

By contrast, the life conditions of adolescents from affluent milieus allowed them to open-up to a 'sports culture' as well as to a more regular practice of PA. As teenagers, they were less restrained by their life conditions. Therefore, practice of PA was not seen as a hindrance to their personal development or to the well being of their family. Even though health might not have been targeted *per se*, their lifestyles nevertheless included a 'health' character oriented towards the future:

In those days, we skated a lot, there was a skating rink near the house, and when we came home from school we would go skating, every day. So, this really was physical activity. We spent the summer in the water... I always swam when I could, when there were some pools around, it always was my way of letting off steam... I was a monitor in a summer camp for close to three years, between 15 and 18, so there were all the hikes in the forest, the excursions you did, swimming at least twice a day, we did gymnastics when we got up in the morning (Maya, 66, social worker).

It began with skiing, because we were in an area where there was snow, plus that was the only thing there was to do... We did down-hill skiing with bad equipment. We did a lot of outdoors activities when we were young... As teenagers, just about all of us [brothers and sisters] skied. It sort of became fashionable, and easy for us to do, because it was so close to the house (Suzanne, 67, social worker).

As the above comments suggest, young people's class conditions produce more or less favourable contexts for regular practice of PA, and constitute milestones in understanding body dispositions and health practices for years to come. Social use of the body, in this case, work or leisure, differed greatly between the women of the two socioeconomic milieus. From an early age, constraints and opportunities contribute to form a relation to the body that will have an effect on health practices in adulthood. In the next section, we will see that class dispositions towards PA appear to be carried from youth to adulthood, at least.

Adulthood and the incorporation of life conditions

Biographic accounts clearly illustrate contrasting health lifestyles between the two milieus. They also indicate that social position was relatively stable for the participants going into or through adulthood. In order to examine incorporation of social life conditions between the two groups, we trace how material living conditions and social uses of the body (work experience) bring about differential dispositions towards PA.

Differential Material Living Conditions

According to Bourdieu (1984), an important element of lifestyle differentiation resides in the importance of distance towards material constraints and temporal urgency. The testimonies of participants from underprivileged environments suggest that the proximity to necessity, stemming from economic instability (such as insufficient income, precariousness and unemployment), family instability (such as spouse's absence, chronic illness of a family member and juvenile delinquency), as well as obligations of motherhood (such as household chores and childcares) in the large catholic families of the time, often shaped patterns in PA and in preventive health behaviours:

We didn't have the opportunity [to have spare-time activities] because of the children, and because my husband was sick. There wasn't enough income (Rolande, housewife).

Many of them live the urgency of rapidly surpassing obstacles generated by their material living conditions:

As for me, I worked my whole life with the kids, I ran here and there, I begged here and there. They had to be fed and they had to be dressed (Marily, 65, housewife).

Daily necessity compels them to compose with the urgencies imposed by their day-to-day life rather than contemplating future states or projects. Therefore, they tend to face up to problems when they arise instead of attempting to prevent them:

Today I live my life and tomorrow is another day. I've always been like that (Hélène, 65 housewife).

Health preoccupations take second place in comparison to other financial and family priorities during adulthood. Thus, few among them consulted a physician for prevention purposes. They adopted a rather reactive attitude towards illness:

Well, let's just say that when I had my children, I didn't think of my own health. If I had something, I was always operated on right away (Isabelle, 65, housewife).

It is therefore plausible to think that the benefits of PA practice for illness prevention purposes were not part of their conception of life as an adult:

I didn't feel like it [doing PA]... It's a waste of time. It's time I didn't have... I'm not used to those things (Denise, 67, housewife).

It didn't interest me at all [PA]. Honest to goodness, it didn't interest me at all! I did some when I was young, gymnastics. But after that... that stuff wasn't worth nothing! (Gisèle, 67, dressmaker).

The little importance given to PA was confronted with the social norms of their environments. Some of the testimonies of participants from underprivileged milieus recall their fear of being a laughingstock when confronted with a practice considered inappropriate:

I don't like it! I didn't like doing physical education, not a bit! I thought doing stuff like that was stupid, not stupid but I was embarrassed, you know, I thought everybody was gonna laugh at me (Marily, 66, housewife).

Conversely, the women from affluent milieus know little of the material and temporal constraints experienced by those in underprivileged milieus. Their economic capital allowed them to distance themselves from conditions of necessity. They face less daily urgencies, have greater support in their social or family networks, and resort to the services of health professionals more often. They describe their adult lifestyle as more centred on health and a search for wellbeing. Thus, periods set aside for the practice of PA are generally more frequent and more diversified.

I think I have always held a membership to sports centre to do some training. I probably didn't go as often when I had the children, and at that time I didn't have a private trainer. I was a member for years. I would mostly swim. I would get up at 6 a.m. and it opened at 6:30 (Lise, 65, high school teacher).

After adolescence, you could say it was my marriage. We always had country homes and we swam, we canoed, we sailed. So I always did outdoor activities and sports (Suzanne, 67, social worker).

In spite of their household chores or their work, they were presented with several possibilities when it came to adopting practices of PA. Many of them practised physical activities on a daily basis (yoga, tai-chi, training, swimming, golfing, running, cross-country skiing, biking) to maintain a healthy lifestyle:

Before I was pregnant, I did 27 holes a day. This is something, you have to be crazy, insane... When I do a sport, I take it very seriously... I would finish work and go straight from the office to the golf course (Louise, 70, university professor).

Health, fitness, relaxation and weight loss were the expected benefits of regular practice:

I do 10BX [Basic exercises]. Stretches to limber up and all that. They were developed by the Canadian Aviation. I've been doing them for over 40 years! (Didon, 72, university professor).

In California, I went swimming. There were pools... When I was there I walked a lot with my boy. There were eucalyptus forests on campus at Stanford. Still, it was a little way from our place...approximately two or three kilometres from campus... Physical activities have always been important for me. It was more for the mental aspect than for the beneficial effects it might provide on the physical level (Maya, 66, social worker).

Furthermore, the appeal to PA could also be discussed in light of participant's differential working experience.

Working Bodies: the Differential Appeal to PA

The intensity of an individual's physical use of the body in daily occupations also sheds light on dispositions towards regular practice of PA (Boltanski 1971). As stated by Shilling (1993), having used their bodies all day, the working classes may have little time or inclination for exercise. Most of these women had large families and worked in the service or factory industries. Single mothers had to bear both burdens:

Nowadays, there is a lot of automation, but sewing, it gets to your back. Physical work is very hard. It's not the same for a woman working as a secretary. Girls that worked in factories would get married at 25, they'd had it and were run down physically... I had to work as a cleaning lady for others, so that my kids could eat. I was 45 years old, at least. You clench your fists and you grit your teeth. Washing walls and ceilings. Yeah, I did that! (Ivette, 73, textile worker).

In their view, the physical efforts they expended in their daily activities minimised the relevance of physical training. They deemed themselves to be active enough in their daily work:

With my work, I was paid to walk. It was my eyes, then my legs [that worked]. I was paid 37 ½ hours and I walked 37 of those hours! (Jeannine, 75, security guard).

By contrast, several participants from affluent milieus worked in offices where they were more sedentary, which gave them the opportunity, or the interest, to be more active during their spare time:

When I worked, I did some anyway [physical activities]. I came back from work at 5:30 p.m. and I would go down to the basement. I always did my exercises (Didon, 72, university professor).

The work environment, especially for the participants that worked at the university, also provided opportunities to combine their professional activities with their practice of PA (sports infrastructures, schedules adapted to practice). Those that

had studied and worked in the area of health (nutrition, nursing, social work and medicine) seemed more convinced of the virtues of daily PA practice:

The knowledge I acquired during my public health studies, I used to educate people. This is what I was trained to do. My sister is specialised in physical education. With her, it was interesting to discuss. She influenced my progress a lot... I did exercises such as aerobics everyday during 4 or 5 years. That's really good (Roja, 67, civil servant).

The social life conditions in adulthood of both socioeconomic milieus had structuring effects on their relation towards prevention and PA. Taken together, they shaped a vision of the world and a relation to the body that would be more or less favourable, depending on the socio-economic milieu, to preventive health practices. In the following section, we will see how social and biological conditions of old age can contribute to shape dispositions towards preventive practices in both milieus.

Salience of health concerns in later life

It is following an analysis of the participant's lifecourse that we were able to grasp patterns of stability and variation regarding conceptions of prevention. Our data suggests that there are two processes at work: secondary prevention becomes salient as one gets older, and class differences diminish in the later phases of the lifecourse. First, ageing gives rise to a certain improvement in the material and social life conditions of the participants. However it is the underprivileged group that experienced the most important changes. Increase in spare time, children leaving

home, relative financial stability³ and availability of services at reduced prices are often mentioned as favourable factors to their practice of PA:

I was active. Things were busy because we never stopped; kids, they keep you on your toes, but it wasn't the same kind of action. Now, I take care of myself more (Louise, 67, dressmaker).

Now, I am more active. Before, I took care of my kids more. When you're raising six children... I didn't have time to go for walks, except for when I had to run errands [...] It's because I have less responsibilities. I only have myself to take care of (Karine, 69, housewife).

However, although the living conditions presented above enabled the practice of PA, they do not account for the salience of health concerns in old age. The next section will focus on how biological and social conditions of ageing engender dispositions for preventive behaviour. As noted by Turner, human beings are anticipatory beings, who direct their actions towards future contingencies but are also very conscious of their own finitude (1995: 248). This raises an interesting issue with regard to the pertinence of adopting preventive practices in the context of anticipating body finitude. Thus, we argue that bodily decline, as an experienced process and body finitude, as an anticipated condition, contribute to heightening one's interest in preventive health behaviours.

³ Participants from underprivileged milieus receive their old-age pension as well as a guaranteed income supplement. They also live in low-income housing subsidised by the State. As such, old-age offers a relative financial stability in comparison to previous periods in their life.

Rise in Consciousness of Body Finitude

According to our data, ageing would favour an 'awakening' to the interest of prevention. In great part, biological and social transformations that occur during ageing are responsible for awareness of body finitude. Comments from our participants in both milieus suggest that the physical experience of ageing, the mortality and morbidity present within their age cohort, the omnipresence of public health discourses, and the closer contact with health professionals accentuate their apprehensions towards illness, and dispose them to adopt preventive health behaviours. These four items will be discussed below.

The physical experience of ageing (lack of strength, pain, convalescence, weight fluctuations), the appearance of illnesses' first symptoms (cancer, Parkinson's disease, diabetes, depression), the emergence of risk factors (increases in cholesterol levels, blood pressure fluctuations) constitute concrete manifestations of their corporal 'decline'. Such transformations have been identified by O'Brien Cousin (2001) as triggers of PA practices. The following quotations reveal dispositions to maintain health in response to physical discomforts of ageing:

I had ganglion cancer that came back again. I got two surgeries and radiotherapy twice. Now, that's really, really hard on you. But now, I'm starting to get the upper hand... To me, being independent is real important (Diane, 70, waitress).

You can't just do nothing. Because you don't want to jam-up! You know, you stiffen-up if you sit down all day and watch television. That's no good (Valéda, 71, housewife).

Sometimes my spirits, well sometimes I feel down. That's when I start talking to myself. I tell myself: 'Wake-up or you'll end up in a depression', I don't really want to go to the hospital because I've done one before and I know what it's like (Rolande, 66, housewife).

Fears of suffering and dependence brought many older women to anticipate illness and adopt preventive measures to mitigate its consequences. On one hand, these women have often witnessed suffering linked to illness. Family background (various types of cancer, diabetes, Parkinson's disease) and risks of physical ill-being are clues that they are entering a higher risk zone of discomfort. Many will therefore attempt to rebuff the more undesirable effects of old age:

It was about time I got off my backside to keep from getting ill, it helps to forestall... You always have to look after your health more. You find that out as you get older! I'd hate to fall sick, years of illness, that's terrible... That's what motivates me to exercise. Some mornings I really don't feel like it. I tell myself: 'Oh no! Not that!' But I condition myself (Marielle, 74, housewife).

I want to keep my muscles strong. That's my main goal. That and my circulation. Those are old age problems; your muscles become weaker. If you

keep your muscles healthy, well, chances are your bones won't break as much (Hillary, 65, nursery caregiver).

On the other hand, they fear losing their autonomy following the effects of a dreaded physical or mental degeneration. The idea of living at the expense of others, of losing their mobility and of losing their dignity prompts them to adopt practices to limit risks:

I have to keep on [doing PA], it's going well! I realise it's good, it keeps me in shape. I always said I wanted to die healthy, not die in a sickbed, being attended to (Marguerite, 75, clothes salesperson).

To me, staying healthy is fundamental. It truly is the main goal; not depending on medication, for example, living as long as possible... Staying in shape, staying healthy. For me, that's the key, for sure (Maya, 66, social worker).

In many cases, the passing away of a close relation was an experience fraught with meaning with regard to the frailty of their body. The mortality and morbidity present in the social environment of the older women accentuated their perception of health risks during old age:

I saw a friend, he was in perfect health. I told him: 'Pierre, why do you eat so much fat and sweets?'. He told me: 'I only have one life to live, and I'm living it to the fullest!' Today, he's lost part of his eyesight and he's missing a leg... I thought of Pierre, then I told myself: 'Oh Lord! I prefer living on both my

legs'... I remembered Pierre. I can't let myself think like him (Ève, 67, housewife).

Health promotion messages, combined to the proximity of various health specialists also contribute to the adoption of preventive measures. Indeed, during interviews, it was surprising to note the participant's interest in the implementation of strategies to improve their health. Information in this regard was acquired by means of appointments with health professionals, of societal publicity, of information sessions on health problems (asthma, emphysema, high blood pressure, diabetes, smoking), of specialised books, etc. Other health knowledge is also obtained through social organisms that specialise in themes of ageing, such as retirement classes and widowhood workshops.

Of course, eventually we're going to start deteriorating, so we're trying to put it off. Our diet is completely changed. Well, we also take advantage of all the information we have. There's lots of information now. We subscribed to Wellness Letter, it comes from the United-States...it's really only about staying healthy, it's just preventive... We told ourselves it was up to us to take ourselves in hand, if we wanted to try to avoid big health problems. So that's what we set our efforts to, sports for example (Suzanne, 67, social worker).

Ageing also requires more regular medical follow-ups. Whereas participants previously consulted with health professionals more sporadically, several of them now look for reassurance by consulting a doctor on a more regular basis:

I have never felt so watched over... I find it a little bothersome, because they keep me busy all the time. But at the same time, it's reassuring (Fabiola, 67, housewife).

Moreover, doctors play a central role in the development of preventive attitudes:

I feel stronger after listening to them, they know their business. I always listen when there's good advice (Alice, 72, housewife).

The doctor told me, because I have angina: 'You have to walk a lot if you don't want to end up in a wheelchair' I walk because he told me this, and I like it (Ève, 67, housewife).

As noted above, biological and social ageing contribute to the salience of health concerns, and in turn, to the adoption of preventive health behaviours such as PA. The participants that made changes in their lifestyle, those that are physically most active, appeared to have internalised concern for future health:

If you wanna be healthy, you have to move. You can't let yourself go. You've gotta pay attention to your health. Even if you're sick, you can't just sit in your corner. You gotta move, you gotta keep going. I always tell myself: 'I hope I'll still be up and about two years from now, three years from now, at seventy' I always take example on my mother who'se still healthy at 92 (Isabelle, 65, housewife).

Long-lasting Dispositions in the Underprivileged

Not all the participants changed their relation to prevention. Among the seniors from underprivileged milieus, the small group that had lived in conditions of great poverty seemed to have maintained certain dispositions of the past. Differences with their fellow-participants from the same milieu can be explained by the internalisation of a short-term forecast logic, by a more fatalistic view of health improvement and by a greater resignation in the face of the discomforts old age can generate.

Their dispositions for short-term attitudes in prevention appeared to be rooted in harsh living conditions. Of all the interview themes, they discussed at length the theme of future responsibility towards their health. Their comments are at one with what Bourdieu calls 'virtues made out of necessity'. According to these participants, investing in their future was hardly relevant. Expressions, such as 'taking it one day at a time', 'living 24 hours at a time' or 'taking life minute by minute' are very present in their speech. Potential concerns in the future and the little control they feel they have over unforeseen events would compel them to internalise a short-term forecast logic:

I'm pretty happy with my life. Except for some little problems, but those you just brush-off. All my life I did that: brush 'em off, it's much easier on you...

I take life as it comes. Why rack your brains? Tell me! Where would it get me? You don't know if you'll be dead tomorrow morning (Marily, 66 housewife).

Inasmuch, they avoid lingering over preventing illness or putting off death excessively. For Hélène, the future is often a source of stress:

I don't worry too much. You know, thinking about the future isn't for me. Nope!" (Hélène, 65, housewife).

Disenchantment towards the future also predisposed them to have fewer expectations:

Because dreams, dreams are good for you, they keep you alive. But you shouldn't let your dreams carry you away either. If you let yourself get carried away, you'll just be disappointed all your life (Blanche, 69, textile industry worker).

Fatalism towards bodily decline and illness was also very present as they testified having little control over their future:

I cannot fight against life, I work on the assumption that I won't be able to (Alice, 72, housewife).

Concept of destiny is often used to exemplify this reality:

It can help [doing physical activities] but to live a long time, it's the wheel that decides. Some go young. As for me, I don't believe in health. A person can have health and be alright. Another person can be healthy and pass away a lot sooner than another who's sick. Me, I believe in destiny and that there's a time to die. Being careful, eating well, that can help but destiny decides (France, 70, waitress).

I just wait. If it's gonna happen, it's gonna happen. If it doesn't happen, it doesn't happen... No, I don't want to risk it either... I'll wait for it to come. You never know. You can be alright just then. What's gonna happen tonight or tomorrow? You don't know. As for me, I ask the Lord to help me out all day long (Denise, 67, housewife).

Several older women have come to terms with the discomforts of old-age. They see them as imponderable and do not worry overmuch about prevention. Preventive medical follow-ups are a rare occurrence, and medical consultations take place when illness persists and worsens:

You won't make a new body out of me at seventy! Eh! I'm not a robot. Parts can't be replaced (Diane, 70 waitress).

Aside from major discomforts, they hardly react to precursory signs of illness:

You don't think you're sick. You keep yourself busy. Sickness or no sickness, you do your work just the same (Denise, 67, housewife).

The doctor told me I had to learn to listen to my body. I can't do it. I was always used to taking care of others. The doctor told me to take time to lie down and stretch out. I can't, I've never done it. I'm not used to it (Joséphine, 73, housewife).

It also appears that the women that experienced very difficult life conditions are more reluctant to adopt the 'wholesome' healthy lifestyle advocated by public

health discourse. Some of them do not want a way of life to be imposed upon them in this period of their lifecourse. Old-age allows them the liberty to adopt the way of life they desire:

Before, everything I did was 'cause I had to. Nowadays, what I do, I do 'cause I want to! (Diane, 70 waitress).

I was confined enough when I was young in the convent. and after that I had to do without because of my children; and now, I'm free, I do as I please. I turn this way and that, I go about, I don't ask for more than I have... When I come home on Friday nights, if the kids don't come and get me, I don't go nowhere. I stay at home, and I like being at home... I stretch out my legs, and I move my legs like this [left to right], sitting in my Lazy-boy. I'm diabetic, so I sleep... If I do any at home [PA], it's because I feel like it. When I don't feel like it, I stop. I don't do what I don't like doing no more. I've done enough in my life. I sacrificed myself enough in my life. Now, I just do what I like (Marily, 66, housewife).

Discussion and Concluding Thoughts

Earlier studies have shown that conception of health varies according to one's social class (Boltanski 1971, Pill and Stott 1985a and b, Calnan and Williams 1991) and to one's position in the lifecourse (Backett and Davison 1995, Laberge 2003, Lawton 2002). However, the manner in which class differences manifest themselves through ageing and the extent to which such differences persist throughout the lifecourse require further exploration. To pursue this objective, biographical accounts

of 51 older women living in contrasting life conditions were used to understand preventive health and PA practices during three periods of the lifecourse: youth, adulthood and, more particularly, later life. Pierre Bourdieu's concept of habitus and notion of strategy were employed to interpret results (Bourdieu 1978, 1984, 1990a and b, 1998). This conceptual framework was helpful in understanding the embodiment of social and biological living conditions as well as the ageing populations' relations towards future health contingencies.

However, certain limitations of this study must be mentioned. The sample was comprised of 65 to 75 year old women from Quebec. Thus, generalisation of results to other social contexts and to other age groups must be cautious. On the one hand, variants in government social support and in health services could modify the relationship that individuals maintain towards their health practices. On the other hand, varying generational cultural references could also engender differences in conceptions from one generation to another (Attias-Donfut 1992). With regard to social class, it should also be noted that it is not possible to extrapolate our results to other social classes. Each social position would have its own dispositions due to the singularity of its living conditions (Bourdieu 1984, Boltanski 1971). Finally, a better representation of the various social classes might have facilitated the identification and clarification of the differential effect of distinct socio-economic status.

In support of previous research (Bourdieu 1984, Boltanski 1971, Laberge and Sankoff 1988), class conditions during youth and adulthood appear to have engendered specific dispositions towards the body. From teen age on, clear differences could be noted in PA practices between the two milieus. Constraints and

opportunities characteristic of each specific milieu engendered particular dispositions towards preventive and PA practices; on one hand, the difficult life conditions of underprivileged milieus strongly constrained PA practice while on the other hand, the opportunities provided by affluent milieus allowed an open-mindedness towards an 'exercise culture'. Interestingly, such dispositions were carried on from youth to adulthood. As noted by Boltanski (1971) and Shilling (1993), in adulthood material living conditions and the physical use that social agents make of their bodies contributed to reinforce class dispositions (*habitus*) that were more or less favourable to preventive health behaviour. Thus, preoccupation for prevention and the physical effort required to practice PA were less likely to be valued by the women from underprivileged communities. Daily necessity compelled them to face day-to-day emergencies rather than preventing future problems. Furthermore, intense physical use of their body during everyday occupations reduced their disposition towards additional physical effort. In contrast, living conditions of the women from affluent milieus enabled them to favour a future-oriented outlook concerning their health. Their sedentary work was also conducive to a more active lifestyle during their spare time. Thus, the contrasting social living conditions of both milieus worked as 'conditionings' that engendered particular relations to the body.

Continuity in dispositions, observed from youth to adulthood, could be discussed in light of past and present socialization. First, our results show that such dispositions of the *habitus* were shaped by social living conditions during youth. This would support Swartz's remark according to which the: 'Habitus calls us to think of action as engendered and regulated by fundamental dispositions that are internalized

primarily through early socialization' (1997: 104). Secondly, it is also our contention that this stability was due in large part to the stability of the respective living conditions of women in both milieus, during these periods of the lifecourse. Such socialization processes support previous bourdieusian studies that have shown that the relation to one's own body is deeply embedded in the social living conditions of social agents (Boltanski 1971; Bourdieu 1978, 1984; Laberge and Sankoff 1988).

A noticeable finding in this study was that, while dispositions in preventive behaviour differed greatly between the two milieus during youth and adulthood, these dispositions tended to be more alike during the later phase of the lifecourse. In general, this tendency to coincide can be explained by the dispositions of older women from less privileged milieus that meet those of older women from affluent milieus, and not inversely. In light of earlier studies (Backett and Davison 1995, Cockerham *et al.* 1997, Lawton 2002), health became salient as women from both milieus entered later periods of the lifecourse. Our results strongly suggest that when it comes to secondary prevention, older women seem to be more receptive towards adopting health practices than during previous periods of their lifecourse. In reference to Bourdieu's analogy with 'the feel for the game' (Bourdieu 1998, Frank 2002), the period of later life appeared to be much more propitious to giving health matters enough importance to invest in them.

In this study, not only social but also biological features of ageing were identified as structuring principles in one's relation to preventive health behaviour. As suggested in theoretical works (Featherstone and Hepworth 1998, Turner 1995), biological and social dimensions are fundamental when studying the social

construction of the ageing body. In this sense, practice must be located in people's own experience of reality (Williams 1995), including their biological reality. The interviews suggest that biological and social living conditions engender, through the cultural mediation of the habitus, dispositions towards preventive health behaviour and PA. More concretely, adoption of PA practices, particularly in underprivileged older women, was achieved through three processes: (a) improvement of social living conditions when ageing, (b) awareness of body finitude, resulting in greater concern for health matters, and (c) interaction with healthcare practitioners and healthcare discourse. Firstly, improvement of life conditions was conducive to open-mindedness towards the future, to more spare time and to a greater inclination for activities of a physical nature. Secondly, it was through increased awareness of the body's finitude that many participants valued and modified their behaviour in regard to healthcare; several factors, notably fear of suffering and dependence, fostered a heightened interest in maintaining good health and preventing illness. Thirdly, the health promotion discourse and proximity of healthcare specialists accentuated concerns for illness and provided information regarding healthcare practices aiming at preventing the onset of illness and reducing its severity.

The accounts of a great majority of participants suggested that their preventive practices, on one hand form part of a medium-term project aiming at minimizing the negative effects of illness and, on the other hand are in response to the bodily norms advocated by the health promotion discourse. In other words, many of the participants perceived that it was in their interest to adopt preventive behaviour such as PA at this period of their lives. In this sense, practice became consciously oriented towards an

end. In this matter, Swartz raises a question: ‘Might some forms of behavior be more interested than others; that is, might some forms of behavior respond more directly to survival needs than others?’ (1997: 69). Are anticipated finalities such as pain induced by illness and loss of autonomy such meaningful experiences that they prompt older populations to target health strategies? Building on Lawton’s (2002) idea, it is likely that the ‘embodiment of ill-health’ for women in our sample prompted them to perceive themselves as more vulnerable to health threats. This in turn led them to engender preventive practices such as PA.

In conclusion, continuity and change in dispositions reinforce the idea that habitus is a product of the internalisation of living conditions, while putting into perspective that the habitus is constituted of durable dispositions. The changes noted in preventive health behaviour were strongly induced by biological transformations of ageing. For Bourdieu, ‘choices’ are the result of a ‘practical sense’ of social agents in particular living conditions (1990a). In the present case, the participants had not been confronted to a variety of options given their health and health risks in the context of ageing. Possibly, the ‘choice’ of adopting preventive behaviour was the only ‘reasonable’ strategy to adopt if the alternative was to stay passive facing the consequences of illness. There remained a few participants who did not modify, or were less likely to adopt preventive health behaviours in the upcoming years. They were among those with the harshest living conditions and the frailest health. In their case, biological transformations did not appear to engender more preventive health practices than earlier in their adult life. Future analyses could deepen the understanding of the conditions underlying patterns of stability in preventive health

behaviour for particular agents more affected by illness. In a recent paper, Lawton (2003) raised Michael Bury's application of 'biographical disruption', to highlight experiences of illness that lead to the fundamental rethinking of a person's biography and self-concept. Such an approach could be complementary to habitus in the study of profound changes in the relation one holds to the body, due in large part to experiencing ageing and illness.

References

- Attias-Donfut, A. (1992) Générations et repères culturels, *Society and Leisure*, 15, 419-35.
- Backett, K.C. and Davison, C. (1995) Lifecourse and lifestyle: the social and cultural location of health behaviours, *Social Science and Medicine*, 40, 629-38.
- Blaxter, M. (1982) *Mothers and Daughters: a Three-Generational Study of Health Attitudes and Behaviour*. London, Heinemann.
- Boltanski, L. (1971) Les usages sociaux du corps, *Annales: Économie, Société, Civilisation*, 26, 205-33.
- Bourdieu, P. (1978) Sport and social class, *Social Science Information*, 17, 819-40.
- Bourdieu, P. (1984) *Distinction: a Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1990a) *In Other Words: Essays Towards a Reflexive Sociology*. Oxford, Polity.
- Bourdieu, P. (1990b) *The Logic of Practice*. Cambridge, Polity.
- Bourdieu, P. (1998) *Practical Reason. On the Theory of Action*. Cambridge, Polity.

- Calnan, M. and Williams, S.J. (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 and Illness*, 13, 506-29.
- Cameron, C., Craig, C-L., Coles, C. and Cragg, S. (2003) *Increasing Physical Activity: Encouraging Physical Activity Through School*. Ottawa, Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.
- Cockerham, W.C., Rutten, A. and Abel, T. (1997) Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving Beyond Weber, *The Sociological Quarterly*, 38, 321-42.
- Featherstone, M. and Hepworth, M. (1998) Ageing, the lifecourse and the sociology of embodiment. In Scambler, G. and Higgs, P. (eds) *Modernity, Medicine, and Health: Medical Sociology Towards 2000*. New York, Routledge.
- Frank, A.W. (2002) Memorial: Pierre Bourdieu Remembered: 1930-2002, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 6, 389-93.
- Guay, D. (1980) *L'histoire de l'Éducation Physique au Québec: Conceptions et Événements*. Chicoutimi, Gaétan Morin
- Kahn, E.B., Ramsey, L.T., Brownson, R.C., Heath, G.W., Howze, E.H., Powell, K.E., Stone, E.J., Rajab, M.W. and Corso, P. (2002) The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review, *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 73-107.
- Laberge, S. (2003) Liens entre pratique d'activités physiques et santé des québécoises: les logiques sociales de trois groupes d'âge, *Chroniques féministes*, 85, 75-81.

- Laberge, S. and Kay, J. (2002) Bourdieu's sociocultural theory and sport practice. In Maguire, J. and Young, K. (eds) *Theory, Sport and Society*. Oxford, Elsevier.
- Laberge, S. and Sankoff, D. (1988) Physical activities, body habitus, and lifestyles. In Harvey, J. and Cantelon, H. (eds) *Not Just a Game: Essays in Canadian Sport Sociology*. Ottawa, University of Ottawa Press.
- Lawton, J. (2002) Colonising the future: temporal perceptions and health-relevant behaviours across the adult lifecourse, *Sociology of Health and Illness*, 24, 714-33.
- Lawton, J. (2003) Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of Health and Illness*, 25, 23-40.
- Nolin, B., Prud'homme, D., Godin, G. and Hamel, D. (2002) *Enquête Québécoise sur l'Activité Physique et la Santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec.
- O'Brien Cousins, S. (2001) Thinking out loud: what older adults say about triggers for physical activity, *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, 347-63.
- Pill, R. and Stott, N.C. (1985a) Preventive procedures and practices among working class women: new data and fresh insights, *Social Science and Medicine*, 21, 975-83.
- Pill, R. and Stott, N.C. (1985b) Choice or chance: further evidence on ideas of illness and responsibility for health, *Social Science and Medicine*, 20, 981-91.
- Rubin, H.J. and Rubin, I.S. (1995) *Qualitative Interviewing: the Art of Hearing Data*. Thousand Oaks, Sage.

- Sage, G.H. (1998) The political economy of fitness in the United States. In Volkwein, K.A. (ed.) *Fitness as a Cultural Phenomenon*. New York, Waxmann.
- Shilling, C. (1993) *The body and social theory*. London, Sage.
- Swartz, D. (1997) *Culture and Power: the Sociology of Pierre Bourdieu*. Chicago, University of Chicago Press.
- Turner, B.S. (1995) Aging and identity: some reflections on the somatization of the self. In Featherstone, M. and Wernick, A. (eds) *Images of Aging: Cultural Representation of Later Life*. New York, Routledge.
- Van der Bij, A.K., Laurant M.G. and Wensing, M. (2002) Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review, *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 120-33.
- Williams, S.J. (1995) Theorising class, health and lifestyles - can Bourdieu help us?, *Sociology of Health and Illness*, 17, 577-604.

TABLE 1 *Distribution of Older Women in Underprivileged and Affluent Milieus According to Age, Education, Past Occupation, Spouse's Past Occupation, Number of Children and Marital Status*

	Underprivileged milieus	Affluent milieus
Participants	39	12
Age		
65 à 69	18	5
70 à 75	21	7
Education		
Elementary	35	1
High school	4	0
College	0	2
Undergraduate	0	1
Graduate	0	8
Women's Past Occupation		
Housewife	19	2
Textile worker	7	0
Waitress	6	0
Healthcare worker	4	0
Office Clerk	2	0
Security guard	1	0
Teacher/Professor	0	6
Administrator	0	2
Social worker	0	2
Spouse's Past Occupation		
Worker	20	0
Salesman	4	0
Driver	4	0
Manager/Administrator	2	4
Professor	0	1
Physician	0	2
Researcher	0	2
Unknown	7	0
Number of Children		
0	5	3
1-2	9	5
3-4	16	3
5-7	9	1
Marital Status		
Widowed	20	3
Divorced	14	1
Married	3	5
Single	2	3

CHAPITRE 5

Manuscrit de l'article 2

**Older women's relation to bodily appearance:
Embodying social and biological living conditions**

Alexandre Dumas

Suzanne Laberge

Notes :

1. L'article sera soumis au périodique *Ageing and society*.
2. Ce chapitre respecte les normes de rédaction du périodique.
3. L'annexe 6 présente un article de vulgarisation scientifique publié dans *Le Jumelé* intitulé : Vieillissement et apparence corporelle : Comment les femmes québécoises vivent-elles les transformations?

SUMMARY

A class analysis of the relation older women have toward bodily appearance has rarely been the subject matter in social gerontology. In this study we attempted to explore and deepen the understanding of the relations to BA through the narratives of older women in contrasting living conditions. A content analysis of 51 semi-structured interviews was conducted with francophone women aged between 65 and 75 y.o. living in either underprivileged or affluent milieus of Montreal (Quebec, Canada). Bourdieu's social theory was used to analyse the data. This approach identified inclinations that appeared to be the result of social class and age conditionings. Although differentiation was clearly present our data suggest that biological and social ageing tend to bring about a shared relation to bodily appearance.

KEY WORDS – older women, bodily appearance, lifecourse, Pierre Bourdieu

Introduction

By focussing on variability within age cohorts, social gerontology has highlighted the multiple experiences individuals have in ageing (Dannefer and Uhlenberg 1999; Hagestad 1990). However, specific spheres of social life remain underdeveloped and are in need of further exploration. This study attempts to shed light on the relations older women have towards bodily appearance (BA). From a lay perspective, one could assume that within a social context where social norms of beauty and seduction are strongly associated with youth (Bordo 1993) older women would either be less concerned with BA due to the seemingly inevitable feature of the ageing process, or would expend more effort to counter the effects of ageing. In this paper we posit that this question is not resolved by an either-or response, but rather that it should be understood in the light of differential and evolving relations to BA which are engendered by social and biological living conditions embodied throughout the lifecourse.

A growing number of studies have addressed BA in the ageing process. On one hand theoretical studies have highlighted: the centrality of BA in consumer cultures (Featherstone 1991); the body as bearer of symbolic value (Bourdieu 1984; Featherstone 1987; Shilling 1993); the stigmatisation of the ageing body (Hockey and James 1993); the tensions between external appearance of the body and internal experience of the individuals (Featherstone and Hepworth 1991). On the other hand empirical studies have brought valuable insight with regard to: the aged body as a signifier of 'old age' (Côté, 1996); older women's body image (Öberg and Tornstam 1999; Hurd 2000); their perception of physical attractiveness (Hurd Clarke 2002a);

their perception of body weight (Hurd Clarke 2002b, Tunaley, Walsh and Nicolson 1999); the close connection between appearance, health and ageing (Beausoleil 1998) or between older women and the beauty shop culture (Furman 1997). Notwithstanding the fact that these studies have contributed to building important foundations in the comprehension of BA, few theoretical studies have confronted their conceptualisation empirically in order to highlight differentiation amongst women, and little empirical research has made the use of a conceptual framework. In this study we attempt to understand an empirical reality of older women in contrasting living conditions while exploiting the heuristic power of Bourdieu's social theory. The study of the different relations to BA is central to the comprehension of the importance of BA for older women living in a society stratified by class and age. We explore the *relation to BA* through biographic accounts of older women while using Bourdieu's conceptualisation of the embodiment of living conditions, notably his concept of habitus. A content analysis of 51 semi-structured interviews was conducted with francophone women aged between 65 and 75 living in either underprivileged or affluent milieus of Montreal (Quebec, Canada).

Embodying Living Conditions

The internalisation of social living conditions is central to Bourdieu's social theory of practice (Bourdieu 1984; 1998). For Bourdieu, it is via the cultural mediation of the habitus that social positions occupied by social agents are translated into bodily practices and preferences (Laberge and Kay 2002: 247). Living conditions shared by a particular class of agents generate systems of schemes of dispositions, perceptions and appreciations that form a distinctive habitus which in turn orients

social practices and lifestyles in a coherent and meaningful ensemble (Bourdieu 1984). In other words, living conditions produce classificatory schemes that are principles of vision and division of the world (Bourdieu 1998: 8) and that shape people's perceptions and desires (Laberge and Kay 2002). In this study, the *bodily habitus*¹ is put forth to account for relations to one's own body. In *Distinction*, Bourdieu (1984) confers a central place to social agents' body:

It follows that the body is the most indisputable materialization of class taste, which it manifests in several ways. It does this first in the seemingly most natural features of the body, the dimension ... and shapes ... of its visible forms, which express in countless ways a whole relation to the body, i.e., a way of treating it, caring for it, feeding it, maintaining it, which reveals the deepest dispositions of the habitus. It is in fact through preferences with regard to food which may be perpetuated beyond their social conditions of production ..., and also, of course, through the uses of the body in work and leisure which are bound up with them, that the class distribution of bodily properties is determined. (1984:190)

The concept of habitus has previously been used in other studies to understand concerns and tastes in BA (Boltanski 1971; Bourdieu 1984; Featherstone 1987; Shilling 1993). Though BA has not been at the forefront in these studies, their findings/theorization have provided information as to women's relation to BA. Using various data from the late 60's in France, Boltanski (1971) and Bourdieu (1984) have

¹ This expression has been coined in Bourdieu (1978) and was used to highlight bodily dimensions of the habitus.

highlighted that the relation to one's own body is deeply anchored in social living conditions – mainly in the economic and cultural capital. These studies suggest that women's tastes and practices in regard to BA strongly vary according to their position in the social space. Bourdieu (1984) states that for women:

The interest the different classes have in self-presentation, the attention they devote to it, their awareness of the profits it gives and the investment of time, effort, sacrifice and care which they actually put into it are proportionate to the chances of material or symbolic profit they can reasonably expect from it. (1984: 202)

He illustrates this point by presenting a description of the variations of the value placed on 'the body, beauty and body care' among women of different social classes, particularly according to their own or their spouse's occupation (Bourdieu 1984: 202-8). In his study, women from the working classes were less inclined to value BA and to invest in BA practices in comparison to the women of the upper classes who placed greater value on beauty as well as expending more effort to enhance it. Among upper class women, moral value was also linked to the importance of a well-groomed appearance, which distanced them from whom they perceived as neglectful-looking.

Despite Bourdieu's strong emphasis on social class differentiation, his use of age categories as a differentiating principle has been underdeveloped². Featherstone (1987) has been the first author to propose a substantial extension of the use of the

² Although social class is pivotal in Bourdieu's model, he nonetheless recognises 'secondary' or 'subsidiary' characteristics such as age and gender to be other significant structuring properties of practice (Bourdieu 1984: 102-103).

habitus to study age as a differentiating principle. More importantly, in his programmatic essay he highlights the need to integrate age, social class and gender in a bourdieusian framework to understand relations to one's own body (1987: 136). For Featherstone (1987), although old age involves a reduction in the capacity to accumulate economic capital and a devaluation of particular types of cultural capital, certain types of symbolic capital may retain their distinction and value into old age (1987: 125). For him, social classes manage bodily decline differently in old age:

...the upper class habitus with its incorporation of symbolic capital into the body (distinguished demeanour, presence, ways of speaking, etc.) equips the individual with a set of dispositions which allow him/her to distance him/herself from the repulsive properties of old age. In effect the embodied symbolic power facilitates a presentation and disposition to overlay the negative traits with those which reinforce the bearer's status. (1987: 128)

Moreover, using Bourdieu's and Featherstone's approach, Shilling (1993) also brings forth the changing value of physical capital (bodily forms) in ageing:

...the initial production of a valued bodily form among a group or class does not guarantee its *continued* exchange value. The value attached to particular bodies changes over time... (1993: 139; emphasis in the original)

While the authors above suggest that social class and age constitute significant structuring principles in the relation to one's body or body appearance, they do not focus on BA per se. In this paper we endeavour to explore and deepen our

understanding of different and shared relations to BA amongst older women of two contrasting socio-economic milieus.

Beforehand, we will provide a brief explication of BA. It is important to note that the notion of BA has rarely been defined and specified in its various manifestations. In the context of this study, we define the 'relation to BA' as a disposition toward one's BA as well as an appreciation of one's and other's BA. To empirically capture this idea we refer to: (a) dispositions regarding concerns about BA and (b) the propensity to invest in BA practices, whether it is in their 'alloplastic' form (i.e. practices dealing with ornamental aspects of the body such as clothing, applying make-up or wearing jewellery); 'autoplastic' form (i.e., practices referring more intrinsically to the body, such as skin care, weight care or plastic surgery (Maisonneuve and Bruchon-Schweitzer 1981); or other behavioural forms (i.e. demeanour, manners, posture or speech). It is also important to note that concern for BA must be discussed separately from the concern to bodily care in general.

Methodology

This study is part of a larger qualitative research on health and ageing well³. Our sample is comprised of 51 French-speaking older women aged between 65 and 75 and living in the Greater Montreal Area. Of this sample 39 participants come from underprivileged milieus and 12 from affluent milieus⁴. Table 1 brushes a portrait of some characteristics of the participants. More specifically, the older women from

³ This project was funded by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada.

⁴ The greater number of participants from underprivileged milieus is due to the fact that the general objective of the research-project was to take a closer look at the culture of older women in underprivileged milieus.

underprivileged environments had a low volume of economic and cultural capital. Many of them had devoted a large part of their lives to childcare and household duties. In some cases, adult-children leaving home had allowed participants the freedom to integrate the labour market in areas that required little schooling, such as the restaurant trade, customer service, the textile industry and childcare. We identify them with Montreal's working class. By contrast, the older women from affluent milieus had a greater volume of economic capital, however, from the outset, they were mostly set apart by their high cultural capital. At the employment level they work in the areas of education, social work and healthcare. We identify them with the intellectual bourgeoisie of French Quebec society. All women that were previously employed are presently retired.

In-depth interviews were used to understand the participant's perceptions and judgments towards BA as well as to capture detailed accounts of their personal biographies. Interviews examined concerns about BA, value and judgements regarding various BA practices (hair styles, dress, facial creams, jewellery, weight control, plastic surgery, etc.), and practices put forth to enhance BA. The transcripts of these interviews were compiled in N-Vivo, a software program that processes qualitative data. Subsequently, we proceeded to a content analysis. At first, the information provided by the older women was grouped into categories constructed from their semantic affinities. An analysis of the living conditions and the socio-historic path of each woman interviewed (vertical analysis) followed this step. Finally, data were analysed in a comparative perspective between the various social economic environments (transversal analysis). Excerpts of the transcripts will be

presented to illustrate results stemming from the analysis. Each excerpt will be accompanied by the pseudonym, age and previous occupation of the participant.

The findings will be presented in two major segments. In the first part of the paper we will focus on social differentiation engendered by economic and cultural capital. In the second part we will examine shared relations to BA, which appear to be engendered by biological and social transformations characteristic of the ageing process.

Social Differentiation Explained Through Economic and Cultural Capital

The interviews suggest that the volume of economic and cultural capital engendered differences in the relation to BA according to three main dimensions: the power of consumption of the older women, their relation to time, and their use of BA as a means for social distinction.

Power of consumption

The distance separating the women from economic necessity was a significant determinant of dispositions towards BA. Generally speaking, the greater the distance from economic necessity, the greater the investment potential in a wider range of practices. Such was the case for several participants from the affluent milieus who had recourse to personal trainers, enjoyed the services of renowned hair salons or bought designer clothes.

In contrast, having stated their poor spending power, most of the older women from the underprivileged milieus explained their tendency to relegate BA to a position of secondary importance. A number of them note that their appearance does

not correspond to the prevailing norms of society but, in the same breath, assert that they have 'acquired a taste' for it through necessity and that there are others that live in conditions 'worse than their own'. Expressions, such as 'looking the best I can within my means', could illustrate their internalisation of a working class taste. For most of them, preoccupations were directed toward ensuring a proper or nice and casual' appearance, without exaggeration:

Yes, I worry about my appearance, but according to my means, because I've never had a tremendous salary ... Not according to fashion trends, I did my own sewing for the longest time ... You can dress yourself with next to nothing if you want, if you're resourceful enough. (Hilary, 65, nursery caregiver)⁵

The weak spending power of the participants from the disadvantaged milieus limited their capacity to conform to social norms of appearance and appears to incline them to relativize their situation:

You get used to it. That's just the way it is. When you don't have a lot of money, you get used to wanting less. You know you don't have enough money for that, so you just tell yourself: 'Well that's the way it is'. Some are worse off and some are better off. (Blanche, 69, dressmaker)

The quote below epitomizes their assessment of the value of BA and their relative acceptance of their present condition. Since her immigration from Algeria in

⁵ All narratives were translated from French to English. We have attempted to preserve the language level used by interviewees to illustrate the way in which the women expressed themselves.

the early 50's, Alice and her husband have raised a family on the sole income of low paying jobs offered by the textile industry:

Oh yes, it's [clothing] important. I don't have the money to buy nice clothes because I don't have very much, but what little I have is good enough for me. It's very important to me and to my husband too. It's ok., we like to look ok. ... Look at my hat, I decorated it myself. I bought some straw and I put some flowers on it. I like it like this. (Alice, 72, housewife)

Little priority given to BA must be understood in light of the opportunities and constraints of the older women's living conditions. For most of the women of this milieu, other aspects than BA bring satisfaction in later life. In fact some participants claimed that expenses made in cosmetic practices were perceived as having serious consequences in other spheres of their lives:

I've always really enjoyed my old age. I really enjoy it; I find it beautiful. What more do I want? Nothing. I'm happy like this. I couldn't pay two or three hundred dollars for a dress if I have a child in need. (Sandra, 73, housewife)

The older women who had lived in greater conditions of poverty appeared to be much less concerned by the cosmetic needs of the body; global wellness, such as being loved, having peace of mind, acquiring stability and being healthy, were valued. Staying natural and expending minimal amounts of time and energy towards BA was satisfactory. Marily and Lynne-Denise were amongst the interviewees who

had experienced the harshest living conditions, such as, severe economic and educational deprivation, single parenthood, homelessness and violence:

A smartly dressed woman always looks good. A well-dressed woman with a nice hairdo, a woman that wears lipstick and earrings ... It makes you look more glamorous. I prefer not to do that. I tell myself: 'I'm clean, I look ok.' Anyways, I usually have a pleasant appearance ... Everyday, I try to fix myself clean and proper, as good as I can. If I feel I've been wearing the same clothes two or three days in a row, I won't wear it a fourth time. (Marily, 65, housewife)

Interviewer: 'According to you, what is a beautiful 65 to 67 year old woman?'

Denise: 'They're in shape, they aren't sick. They work, they have a husband, children, they don't have any problems.' (67, Lynne-Denise, housewife)

It would be mistaken to assume that the women from the underprivileged milieus constituted a homogeneous group. A few of the participants from this milieu appeared to place much greater interest in BA despite their proximity to economic necessity. It is when we turn to their particular living conditions, notably their past occupations, that we understand their distinctive dispositions. As suggested by Pociello (1981), the value of feminine beauty, grace and seduction is strongly tied to occupations of 'presentation and representation' in which women are often employed (e.g. hostess, model). Occupations in customer service or in the fashion industry held

by these participants come with a culture of 'beautification'. These participants were not used to highly value BA on a daily basis, and this disposition seems to remain in later life. They described themselves as 'coquette' and 'proud' and noted the importance of being 'nicely groomed' or of 'looking their best'. The following quote exemplifies Marianne's sensitivity to her appearance in her everyday relationships. As a younger adult she worked in a dressmaking factory and occasionally modelled for the company:

When I walk out the door, I meet a lot of people. I always tell myself I have to look the best. When I go dancing, I have to be the best looking; I have to be unbeatable. It's a bit of make-believe, but that's ok! It makes us happy! I'm very proud, but not excessively so. (Marianne, 67, salesperson)

Relation to time

One's relation to time (short/long term) is another disposition stemming from economic and cultural capital, and which engenders differences in the relation to BA. Our results show that such dispositions influenced the adoption of particular alloplastic, autoplasic and other behavioural practices aimed at enhancing BA. Most of the respondents from the underprivileged milieus adopted short-term investments in BA such as alloplastic practices (clothing, make-up or jewellery) where they could satisfy their aesthetic needs rapidly. The further the older women were from necessity, the more they were equipped to cope with the emergencies of daily life and the more they had a propensity to adopt practices that were spread out over longer periods of time. In this regard, the intellectual bourgeoisie's temporal freedom

provided by their greater volume of economic capital does not appear to limit them to short-term investments such as alloplastic practices. In addition to embracing alloplastic practices they enjoy more temporal freedom to value autoplasic practices (e.g. nutrition, skin care, physical activity or postural exercises) and behavioural practices (e.g. good diction, restraint in one's speech and femininity in one's movements), both being the fruit of long-term projects. Their discourses suggest they held a strong belief that results of such efforts over time would be rewarded later in life. Their conceptions contrasted with the women from the working classes in the way they valued investments in the 'inner body' and women's behavioural features. The excerpts below illustrate the appreciation of deeper dimensions of BA that were often the result of longer-term strategies to enhance BA:

Diet certainly shows in your appearance! Because if you control your weight, you control most of your appearance. (Louise, 70, university professor)

I will attach much more importance to the manner in which a person gets up, sits down, walks down a stairway, walks up a stairway; I find that this reveals her age, much more than her wrinkles. (Jocelyne, 75, university professor)

Use of BA as a means of social distinction

The intellectual bourgeoisie's discourses suggested that differences in BA could be credited to their use of BA as a means of social distinction. For most of the

women from the intellectual bourgeoisie high concern for BA consisted in an 'art de vivre', which reflected, to some degree, one's identity:

Well, according to me, the image you project is very important ... Well, it bespeaks, perhaps it bespeaks in a superficial manner but sometimes it goes farther than that. It bespeaks of who you are. (Didon, 72, university professor)

Many of them perceived that their local clothes designers and specialized boutiques would fulfil their personal expectations of distinction. The idea of obtaining a stylistic demarcation in relation to fashion and of not being 'mainstream' was perceived as being important for personal style. Refusing conventions, adopting an 'original' style of adornment, not falling in the 'commercial trap' were reasons evoked that would orient practice. The following quote illustrates Lise's inclination to follow fashion without being a slave of fashion:

Yes. I really like a shop here on Laurier Street, it's called 'Henriette' and they have imports. There's this fashion designer that I admire, her name is 'Sonia Rykiel' ... I think that 'Sonia Rykiel' dresses women my age. Usually, 'Sonia Rykiel' designs dress me well and they don't follow trends, they're trendy without following trends. (Lise, 65, high school teacher)

Their search for social distinction did not necessarily signify a desire to attract attention. In fact they distinguish themselves in the sense that they differentiate themselves from mainstream fashion, but without making it too apparent. They were critical of expensive tastes and ostentatious manifestations of other groups of women:

She bothers me a bit [Female politician]. What bothers me is exaggerated appearance-consciousness, to the smallest details. I don't know if you've noticed, there's always a bauble in the scarf. It's very studied, I prefer things to be natural. It's not the fact that she has a scarf, it's that you can feel the study behind it ... On a physical level, she has these funny little habits that irritate me a bit. I'm telling you this just to illustrate that I don't like what is studied, I prefer what comes naturally. (Fabiola, 67, housewife)

Distinction was also illustrated by the differences they noted with regard to the older women they rubbed shoulders with and who did not conform to the classic, conservative and fashionable style valued in the intellectual bourgeoisie:

I find make-up, in women my age, to be very ugly, appalling ... Women that dress with dresses that are too short, things like that, I find it ugly ... I'm speaking of women who dress in the same shops I do, in my own social class. Because it would be mean for me to say this of women that don't have the means to buy the clothes they want. I respect that. But, let's just say that women my age that wear pants on their hips, and a lot of them have big hips, there's no way around that! I find it ugly. It seems to me that they ought to see it doesn't suit them. (Suzanne, 67, social worker)

Furthermore, the use of BA as a means of social distinction was supported by at least two topics broached during the interviews with the women from the intellectual bourgeoisie. First, they expressed a strong disposition for what they perceived as 'quality and excellence'. This disposition was accompanied by an active

involvement in furthering their knowledge of BA. Consulting cutting edge information based on 'scientific' knowledge and seeking specialists such as aestheticians, medical doctors and personal trainers was often undertaken to enhance BA and to help sort out products and practices according to their quality. In the quote below Claire conveys her concern for the quality of facial creams on the basis of scientific information:

I think you have to wear cream to stay hydrated, but it is very overrated with special name companies that charge five times the price. I find that the less expensive ones are just as good. 'Protégez-vous' magazine ran some tests that showed all of them to be pretty much the same. They said to use the ones we liked best and that cost less, because all the vitamins they name, it's not so sure we take them in through our skin. (Claire, 72, university professor)

Several women reported that they had the *best* hairdresser in Montreal, that they dress in *quality* clothes made by personal designers or that they use the *best* available facial cream on the market:

I trust my friend who's an aesthetician. My budget is important, for creams ...
Yes, it works! So, yes, I'm careful. But I wouldn't buy a \$300.00 cream because it's \$300.00. I'll limit myself, but if there's one that costs \$100.00, I'll pay \$100.00 for it. (Lise, 65, high school teacher)

Their high concern for quality and excellence also appeared in their critical judgements of low quality clothes and accessories, principally their downgrading of mass production fashion items. They avoided several shops because of their low

quality items and because of their style, which they perceived as not physically attractive for older women.

I no longer have favourite shops. I used to go to 'Laura Petite', but I don't go anymore because they have rubbish from Asia. To me, fabrics are just as important as cut, because if you have bad fabric and a good cut you're going to look like a rag. So fabrics, like, for example rayon, are rubbish. (Louise, 70, university professor)

Second, the concrete expression of their social and ideological positions stance contributes to social distinction. A high level of economic and cultural capital seems to predispose the participants to personalise their appearance according to the values most important to them; therefore, they act in shaping their identity by following, consciously or not, social norms relative to their social class, ethnic background, political convictions and moral or ideological beliefs. The following quotes illustrate how political convictions manifest themselves in the arena of BA. Roja, a single mother who emigrated from Columbia in the mid 70's expresses her profound leftist vision:

I fight the preconceived schemes of the consumer society. I hate fashion. No, you have to be as natural as possible. Each person is unique, but the consumer society tries to make us the same, like a manufacture. I hate that! (Roja, 67, civil servant)

Fabiola expresses her Quebecois nationalism, typical of the intellectual bourgeoisie of the 50's, her search for national identity is characteristic of Quebec's 'quiet revolution':

My clothes are made to measure by a Quebec designer. So I tell her what I want, or sometimes she makes some suggestions. Her name is 'Ariane Carle'. Encouraging Québec designers is one of my concerns. I find it so unpleasant, that some people ignore them. What I really hate is label clothes. That's something I hate! I don't buy them and I don't wear them. (Fabiola, 67, housewife)

To sum up this first section, social differentiation appears to be firmly grounded in the embodiment of differential living conditions. Interviews visibly showed that relations to BA were engendered by variations in economic and cultural capital. However, in this next section, we intend to present evidence that the older women, despite their differences, share a common relation to BA due to the embodiment of biological and social living conditions within the ageing process.

Shared embodied existence explained through the ageing process

Although class differentiation was clearly visible between the two milieus, the relation to BA appears to change as the older women advance in their lifecourse. Our data indicate the participants shared common relations to BA due to their growing distance from the youthful norm of beauty.

Re-evaluating social norms of BA

Along with other biological transformations such as frailty of health, loss of strength, loss of sensory sharpness, BA was an undeniable marker of ageing. Proliferation of wrinkles and brown spots, withering of the skin, hair loss, fluctuating weight and changes in posture were mentioned by the participants as signs of loss of beauty attributed to ageing. Participants from both milieus share a sense of loss in terms of physical attraction and sex appeal in the ageing process. This perception of loss is often reinforced by feedback from their social environment.

Let's say we go to the restaurant, and there are pretty girls at the next table, you can be sure they'll enjoy better service than us ... The other day, a waiter was kneeling down in front of two young girls and I told myself: 'Fine, just let them be.' I got the same kind of treatment when I was their age! You know, there'll be two good window-seats at the restaurant, you can be sure the young ones will get those good window-seats, it's good for business. (Lise, 65, high school teacher)

That's like the experience I had at the supermarket. A young cashier, she gave me my change [taking care not to touch her wrinkled hands], as if she were afraid of catching something ... It's like a kind of repulsion! It's details of course. It's like if growing old was some sort of disease. Honestly! Age isn't a disease, it's just having lived a long time. (Marielle, 74, housewife)

Progressively, ageing led to dissociation from youth norms and a re-evaluation of social norms related to BA. In the initial phases of bodily change, BA came in contradiction with the way ageing was experienced: 'It's only when I look in the mirror that I'm aware of my ageing' (Roja, 67, civil servant). This initial period seems to be followed by another in which they came to terms with the bodily transformations brought on by ageing. Like most women interviewed Lise's and Carole's perception of powerlessness toward biological ageing appears to push them to accept bodily changes.

I'm 66 years old; I can't have the body of a 16-year-old girl! I see some at the gym that have great bodies, but I tell myself I'm past the age. But I think it's lovely ... I remember that sometimes I used to find young girls beautiful, sexy, with clothes that looked good on them, that clung to them. I thought it was lovely. And then someone mentioned to me 'When you were young, you wore that kind of stuff.' And, actually yes, I think I really was of my time, and I remember there were clothes, like my husband would say: 'That didn't even leave enough room for an evil thought!' I think I had my moments, and now I'm not bothered by it. (Lise, 65, high school teacher)

Oh yeah! Like clothes. I don't hate those little thingamajigs, those little tops. But I don't think they suit me. I find that hard. Those little things with the plunging necklines, low-cut backs, high-cut shorts, I find all those things

really nice, but I wouldn't wear. But I really like them. I wouldn't feel good about it, on the inside. (Carole, 69, hatter)

During the interviews, material references to the past, such as photographs and remaining wardrobe from their youth, were often presented as relics of an earlier time when BA was highly valued. Looking over the 'appearance game' presently played by young men and women gave them the opportunity to revise their own relation to BA without regretting past periods of their lives:

I think we shouldn't delude ourselves ... We're no longer beautiful at 65, even if we wanted to be ... We've lost our waistline, we're no longer beautiful. That time is over with! I have no regrets; it happens to everybody and that's the way it is! You try to make the most of what you've got, and that's all there is to it! If you don't, you're miserable for no good reason. (Suzanne, 67, social worker)

I age like everybody else, I don't always like it, but what can you do? You have to learn to live with it. Let's just say I used to have a lot of hang-ups, because you age faster when you have problems. But then I learnt to tag along with seniors, and they weren't better off than I was and they actually liked themselves. Before, I used to live alone and I saw myself as older than everybody. And now, I live with others and I see that everybody grows older. (Josephine, 73, housewife)

The criteria associated with beauty should take other forms than those of younger generations. In this regard, comparing with younger women is seen as nonsensical, especially after judging the obvious gap between aged and youthful bodies:

There are so many beautiful young women ... we are not going to start to compare the body of a 19-year-old with the one of a 69-year-old. It's a question of self-respect. (Blanche, 69, textile worker)

The obvious manifestation of the distancing from youth norms was noticed in their stigmatizing of older women who attempted to conform to the youth ideal. Even though the youthful ideal of beauty is a valued form of physical capital and strategies to achieve this state are valued in popular culture, such standards may be more likely to be devalued in later life. The women who tried to act and look much younger than their age were often seen as being 'out of place', and odds with the image of beauty for an older woman. For example, wearing a mini-dress, or dyeing one's hair platinum blonde, as a means of looking younger was often associated with a general 'lack of taste'.

Sometimes I find, that some women in their sixties ... they dress up like little girls, platinum blonde hair, a short little dress. They're tiny because they're constantly on a diet, and they sort of look like dolls; I find it a bit ridiculous. I prefer a woman that even if she's chubby, she feels good about herself. You can tell. (Fabiola, 67, housewife)

I see some walking along the beach in a bikini. I swear they're out of place showing themselves like that! Until they're 35 or 40, ok., because they have the shape for it ... Come on, you don't show yourself like that when you look like that. I think you should show some respect ... At 65, come on! You don't show yourself like that! (Gisèle, 67, dressmaker)

Embracing new social norms of BA

Re-evaluating social norms brought about new norms that were more adapted to their older age. Preoccupations with appearance were less associated with seduction in everyday life placing less emphasis on façade and more on the person as a whole:

In truth, I don't really notice weight, size, and all. It's the overall picture, a woman who looks good, who knows how to present herself. (Marielle, 74, housewife)

Bodily characteristics (e.g. skin colour, strength, agility), behaviour traits and the glow that radiates from some older women have been underlined as a source of value in the BA. Traits attributed to femininity, such as refinement and discretion, were also highlighted as being salient in one's BA.

Yes. A good-looking 65-year-old woman, it wouldn't be just her body, it would be her mind too. She has to be independent, she has to be able to think, to consider and she has to do some activities that are interesting culturally. (Lise, 65, high school teacher)

I wouldn't do that [plastic surgery] because I accept myself as I am. As soon as you accept yourself the way you are, your problems are over. You know, you can be real pretty, but if what comes out of your mouth is plain stupid or makes no sense... (Marie, 75, child caregiver)

As suggested in other studies (Furman 1997; Beausoleil 1998), BA practices were also seen as 'bodily caring' and had strong moral connotations. In this sense they value the healthy looking image of an older woman that doesn't let herself go:

When you let yourself go, it's a sure sign that something isn't right! (Maya, 66, social worker)

Actually, when you get older, you only have yourself to think about. Well then! Think about yourself and fix yourself up! ... You know, if you're not feeling good and you neglect yourself, you look worse off than you are. Let's say you're sick and you neglect your looks, you look even sicker. I don't like looking sick. Even if I was sick during the last three years, still, my hair had to be done-up and I had to be presentable. (Diane, 70, waitress)

Many participants exposed social norms in BA that corresponded more to older images than to youthful ones. The quotes below exemplify this idea of maintaining concern in BA while reducing efforts on enhancing BA according to youth norms of beauty:

In life, you hide what's ugly and you show what's nice. You try the best you can to give an image that's pleasing for everybody (Blanche, 69, textile worker)

I tell myself: 'Why suffer so much to be pretty?' My hair turned white when I was very young, I was still in my late twenties, so, I died it for a while, then there came a time when I told myself: 'This is slavery. It serves no purpose. I'm stopping!' So I think you have to take good care over your appearance, because that's what living in society is. If everyone does as best they can, it will be more pleasant. (Claire, 72, university professor)

Embracing new social norms of BA is not unfamiliar to changes in expectations from significant others. As the participants advanced in the lifecourse the expectations of significant others, such as their spouse, children, and grandchildren, were highly significant in modifying their relation to BA. The relation with their spouse changed through time. Although there remains a concern for BA and seduction in their intimate relations, the external 'envelope' loses its importance to the gain of the interior. The following quote highlights the importance of 'pleasing' understood beyond physical appearance:

Wanting to seduce and to please is always present. Not to seduce on a physical sense necessarily, but to please. To me it's very important to please. (Maya, 66, social worker).

It is important to mention that most of the older women are widows or divorced, which most of the time resulted in an absence of expectations from intimate partners, therefore lessening the concern in BA. In this regard Jocelyne notes some changes in her relation to BA that followed the loss of her husband:

I always had to be prim and proper. Manicure and hairdo were very important. I always had jewellery and all that. Now, I don't wear any anymore. In this regard, I'm much more neglected-looking ... With my husband, I would go out more, I had more special occasions than now. Now, you could say what I'm wearing is pretty much my summer outfit. I'm comfortable, so that's what I wear. That's all there is to it. Life has changed, activities change when you're widowed. (Jocelyne, 75, university professor)

The relation with their children and grandchildren raised new issues of self-awareness. Towards their children, they do not want to betray an image of frailty or of being unkempt:

I don't want my children to see me in rags. When I was sick, they saw me in my nightgown and they were shocked, they're not used to seeing me that way. You know, the opinion of others is important. (Diane, 70, waitress)

Towards their grandchildren, they want to project images of sweetness and caring that are associated with grandmothers. In the following quote Karine negotiates these expectations from her daughter and grandchildren:

I would like to have my hair another colour, not grey like this. Once, my daughter put a brown rinse in it and my grandchildren said 'grandma we don't

like you like that, we like you with grey hair'. So I said to myself: 'What the heck! I'll go back to grey!' (Karine, 69, housewife)

Embracing new social norms of appearance seems also to be explained by the norms present in the leisure and occupational spheres in which most of the older women moved. Their new leisure spheres were characterised by memberships to senior groups (e.g. clubs and associations), by solitary activities (e.g. reading and gardening) or by other activities (e.g. bingo, card games, walking) seldom known to award high value to BA. Hence, their concern for the gaze of others was downplayed because they often found themselves either alone or amongst women of their age. The changes in the occupational sphere also appear to alter expectations in the concern for BA. Those who had worked with the public such as nurses, teachers, waiters or salespersons noted the importance of well-groomed attire while they were in the work force. Their retirement (or spouse's retirement) and their participation in voluntary/unpaid work have strongly contributed in reducing their interest in BA.

In those days I was proud. I would wear make-up to work. I worked, so I had to wear make-up. With the public, you had to be clean. I was a waitress. So you have to change uniforms. You have to be clean, with a nice hairdo. I would go to the hairdresser every week. Now, it isn't the same at all. Now, I don't go every week. I do it myself. (Denise, 73, waitress)

There was a time when I had a very active social life. In my fifties, for example my husband was president of the Montreal Chamber of Commerce.

He had three or four receptions a week, so that was a time when I dressed-up a lot more. (Fabiola, 67, housewife)

In sum, the biological and social transformations in ageing significantly changed the participant's relation toward BA. Although a number of them clearly had to manage a sense of loss of beauty during a transitional period, later, as they moved through the lifecourse, the youthful ideal of beauty appeared to give up to norms that corresponded to the bodies of older women.

Discussion and Concluding Thoughts

A class analysis of the relation older women have towards BA has rarely been a subject matter in social gerontology. Nonetheless this research thematic constitutes an important issue to account for older women's various ageing experiences. The objective of this study was to explore and deepen the understanding of older women's relation to BA through their narratives. Bourdieu's social theory was used to highlight underlying processes in the relation to BA, with women in the same age group that were exposed to different living conditions. This framework helped us to identify inclinations that appeared to be a result of social class and age conditionings.

However, certain limitations regarding this study must be mentioned. The sample was comprised of French-speaking women from Quebec. Thus, generalisation of results to other ethno-cultural contexts must be cautious. Indeed, studies (Beausoleil 1998; Molloy and Herzberger 1998) have shown that ethnicity is a differentiating factor in the conception of BA. With regard to social class, it should also be noted that it is not possible to apply our results to other social classes. Each

social position would have its own dispositions due to the singularity of its living conditions (Bourdieu 1984; Boltanski 1971). Finally, a better representation of the various social classes might have facilitated the identification and clarification of the effect of different socio-economic status.

As a general result, our analysis suggests that the embodiment of social and biological living conditions shape women's relations to BA. Unlike previous research on older women's BA our data reveals two overlapping processes in the context of ageing (a) a process of differentiation by social class and (b) a process of homogenisation that occurs with age. A few studies have addressed, without furthering it, the issue of differentiation in women's BA in later life (Boltanski 1971; Bourdieu 1984; Featherstone 1987). In support of their results, the relation to BA in this study varied greatly between the two socio-economic milieus. To speak in Bourdieu's (1984) terms, social position and differential social living conditions shape different habitus that engender different relations to BA.

Considering their proximity to conditions of necessity, the value placed on beauty and cosmetic care by older women in the lower class was attenuated by other priorities. Often the rewards of BA practices simply did not outweigh the consequences on their wellbeing. Although they were very aware of the distance with the valued norms of beauty, they frequently expressed being generally satisfied with their appearance given the constraints imposed by their living conditions. Thus, lives of hardship would force the internalisation of a 'taste due to necessity'. As Bourdieu gives us to understand, such tastes could be explained by a process whereby virtues

are made out of necessity (1984: 175). Conversely, economic and cultural capital enabled the intellectual bourgeoisie to commit to a variety of BA practices without compromising their wellbeing. In addition, their economic and cultural capital also provided them with the temporal freedom to value autoplasic and behavioural practices. This corroborates the work of Boltanski (1971) in that upper classes have a relation to time that favours an 'attitude of prevision' towards the body. Many accorded high value to BA practices aimed at the inner body; they believed that their future-oriented outlook towards BA would be rewarded later in life.

Would such practices prepare older women from affluent milieus to face perceived losses concerning BA? For Featherstone some upper classes' dispositions equip them to face the repulsive properties of old age (1987: 128). Although this was clearly present in this study, our results also suggest that to understand how women face losses in BA we must also consider the initial value accorded to BA. In a recent study on ageing well, Laberge *et al.* (2003) emphasise that losses incurred when ageing were perceived as a down-grading for older women in affluent milieus, whereas those from underprivileged milieus appeared to be more 'accustomed' to lives of hardship. To this effect, the results of this study contend that it is most probable that experimenting losses throughout the lifecourse in lower classes balances the shock of incurring losses in BA. Carrying on with an idea suggested earlier, it is worth mentioning that awareness of a gap in social norms by the working classes also equips them, in some way, to face the marginalisation imposed by present youth norms of beauty. As stated in Laberge *et al.*: ' . . . having less when one

has had much would be more difficult to experience than having less when one has had little, mostly if the situation seems in great part beyond one's control' (personal translation, 2003). To this effect, we could assume that a higher social position does not necessarily prepare and arm elderly women to encounter perceived losses due to ageing.

Use of BA as a source of distinction in affluent neighbourhoods has been identified as another difference between the two groups in this study. As exposed through narratives, the search for social distinction was most palpable within intra-class social dynamics. During interviews, many participants from the affluent milieu expressed judgments – likes and dislikes – following a particular logic of distinction towards other class fractions in the affluent milieus. This could also explain a heightened interest in features of BA other than 'physical beauty' in its strict sense, which become sources of differentiation later in life.

Although differentiation was clearly present, our data suggest that biological and social ageing tend to result in shared relations to BA. There was no doubt that biological ageing and social transformations in their lifecourse were conditions that were likely to engender changes in the relation to BA. Given the nature of BA, it is necessary to point out that we could not dissociate biological and social living conditions in our attempt to understand the relation to BA. As a starting point, after an initial period of change, the participants progressively came to terms with their growing divergence from youth norms of beauty. For the women in both milieus, ageing led them to dissociate from, and re-evaluate, norms relative to youth.

Generally their discourse illustrates a more inclusive conception of BA, in comparison with earlier periods of life. As suggested by Hurd Clark (2002a and b), BA was less defined in terms of the 'façade' of the person and more in terms of the person as a whole. This would partially explain the array of BA practices to which value is accorded in later life. Calling to mind Shilling's statement: 'the value attached to particular bodies changed over time' (1993: 139), our results concurred and suggested that youth norms of beauty have been relatively dropped in favour of norms more representative of the bodies of older women. In fact, such norms were strengthened by the stigmatisation of women that attempted to conform to the youth ideal of beauty in later life. In sum, though participants embraced different norms of appearance they also clearly reduced their everyday interest in BA, in comparison to earlier periods of their lifecourse. It is likely that this progressive loss of salience towards BA in later life coincides with changes in expectations on the part of significant others and with fewer constraints imposed by occupational and leisure spheres. Indeed, shared embodiment in participants from both milieus could account for another differentiation process, this time with regard to younger cohorts of women.

To conclude, even though participants recognized the youthful ideal of beauty, they did not appear to invest more effort than before to conform to this omnipresent model in society. We believe that an explanation to this apparent contradiction resides, in large part, in a reflexive process triggered by the nexus of biological and social transformations present in the ageing process. As stated by Turner: 'ageing intensifies the reflexivity which is forced upon us in a world in which we are all

compelled to choose a lifestyle embodying taste. The ageing process is inevitably bound up with reflexivity' (1995: 257). During interviews, participants discussed specific concerns regarding this period of their lifecourse. Such changes in life-issues have been noted in Laberge (2003) through the existence of a possible 'age habitus', distinctive from a class habitus and a gender habitus, which would be respectively more salient in adulthood and adolescence. Though still present, such structuring principles would have lost their saliency in old age. Following the results of this study, the importance of concerns such as good health or intimate relationships could minimize older women's concerns regarding BA. On a conceptual level, if the habitus is both structured and structuring (Bourdieu 1984: 170), then age-related conceptions presented here are compelling examples of how older women have both internalised a structure of age norms and, in turn, defined and valued new legitimate conceptions of BA for older women. Internalisation of age norms represents an interesting avenue of research to understand how older women are able to maintain social value given the omnipresence of the youth ideal of beauty for women in our society.

References

- Beausoleil, N. 1998. Corps, santé, apparence et vieillissement dans les énoncés de femmes francophones en Ontario. *Reflets*, 4, 1, 53-74.
- Bordo, S. 1993. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*. University of California Press, Los Angeles.
- Boltanski, L. 1971. Les usages sociaux du corps. *Annales: économie, société, civilisation*, 26, 1, 205-33.

- Bourdieu, P. (1978). Sport and social-class. *Social science information*, 17(6), 819-40.
- Bourdieu, P. 1984. *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Harvard University Press, Cambridge.
- Bourdieu, P. 1998. *Practical Reason. On the Theory of Action*. Polity, Cambridge.
- Coté, M. 1996. Devenir vieille: L'étude du processus de vieillissement de quelques femmes québécoises. *Sciences Sociales et Santé*, 14, 3, 47-65.
- Dannefer, D. and Uhlenberg, P. 1999. Paths of the life course: A typology. In Bengtson, V.L. and Schaie, K.W. (eds), *Handbook of Theories of Aging*. Springer Publishing Company, New-York.
- Featherstone, M. 1987. Leisure, symbolic power and the life course. In Horne, J. and Jary, D., Tomlinson, A (eds), *Sport, Leisure and Social Relations*. Routledge & Kegan Paul, New-York.
- Featherstone, M. 1991. The body in consumer culture. In Featherstone, M., Hepworth, M. and Turner, B. (eds), *The Body: Social Process and Cultural Theory*. Sage, London.
- Featherstone, M. and Hepworth, M. 1991. The mask of ageing and the postmodern life course. In Featherstone, M., Hepworth, M. and Turner, B. (eds), *The body: Social process and cultural theory*. Sage, London.
- Furman, F.K. 1997. *Facing the Mirror: Older Women and Beauty Shop Culture*. Routledge, New-York.

- Hagestad, G.O. 1990. Social perspectives on the life course. In Binstock, R.H. and George, L.K. (eds), *Handbook of Aging and the Social Sciences (3rd Edition)*. Academic Press, Toronto.
- Hockey, J. and James, A. 1993. *Growing Up and Growing Old: Ageing and Dependency in the Life Course*. Sage, London.
- Hurd, L.C. 2000. Older women's body image and embodied experience: an exploration. *Journal of Women and Aging*, **12**, 3/4, 77-97.
- Hurd Clarke, L. 2002a. Beauty in later life: older women's perceptions of physical attractiveness. *Canadian Journal of Aging*, **21**, 3, 429-42.
- Hurd Clarke, L. 2002b. Older women's perceptions of ideal body weights: the tensions between health and appearance motivations for weight loss. *Ageing and Society*, **22**, 751-73.
- 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.
- Laberge, S., Dumas, A., Rail, G., Dallaire, H. and Voyer, P. (2003). Les conceptions du 'bien-vieillir' d'aînées de milieux populaires et favorisés. *Revue Québécoise de Psychologie*, **24**,3, 71-93.
- Laberge, S. and Kay, J. 2002. Bourdieu's sociocultural theory and sport practice, In Maguire, J. and Young, K (eds), *Theory, Sport & Society*. Elsevier, Oxford.
- Maisonneuve, J. and Bruchon-Schweitzer, M. 1981. *Modèles du Corps et Psychologie Esthétique*. Presses universitaires de France, Paris.
- Molloy, B.L. and Herzberger, S. D. 1998. Body image and self-esteem: a comparison of African-American and Caucasian women. *Sex Roles*, **38**, 7/8, 631-43

- Öberg, P. and Tornstam, L. 1999. Body images among men and women of different ages. *Ageing and Society*, **19**, 629-44.
- Pociello, C. 1981. *Sport et société: approche socio-culturelle des pratiques*. Vigot, Paris.
- Shilling, C. 1993. *The Body and Social Theory*. Sage, London.
- Tunaley, J.R., Walsh, S. and Nicolson, P. 1999. 'I'm not bad for my age': the meaning of body size and eating in the lives of older women. *Ageing and Society*, **19**, 741-59.
- Turner, B.S. 1995. Aging and identity: some reflections on the somatization of the self. In Featherstone, M. and Wernick, A. (eds), *Images of Aging: Cultural Representation of Later Life*. Routledge, New-York.

TABLE 1. *Sample characteristics*

	Underprivileg ed milieus	Affluent milieus
Participants	39	12
Age		
65 à 69	18	5
70 à 75	21	7
Education		
Elementary	35	1
High school	4	0
College	0	2
Undergraduate	0	1
Graduate	0	8
Women's Past Occupation		
Housewife	19	2
Textile worker	7	0
Waitress	7	0
Healthcare worker	4	0
Office Clerk	2	0
Teacher/Professor	0	6
Administrator	0	2
Social worker	0	2
Spouse's Past Occupation		
Worker	20	0
Salesman	4	0
Driver	4	0
Manager/Administrat or	2 0	4 1
Professor	0	2
Physician	0	2
Researcher	7	0
Unknown		
Number of Children		
0	5	3
1-2	9	5
3-4	16	3
5-7	9	1
Marital Status		
Widowed	20	3
Divorced	14	1
Married	3	5
Single	2	3

**Quand le passé n'est pas garant de l'avenir :
aînées, pauvreté et activités physiques**

Alex Dumas

Suzanne Laberge

Université de Montréal

Note :

1. L'article sera soumis au périodique *Recherches Féministes*.
2. Ce chapitre respecte les normes de rédaction du périodique

RÉSUMÉ

Cette étude consiste à voir dans quelle mesure la prise de conscience de la finitude du corps, en tant qu'élément-rupture, a une incidence sur l'adoption de la pratique d'activités physiques (AP). L'étude s'inspire du concept sociologique de « rupture biographique » de Bury (1982, 1991). Une telle approche a le potentiel d'explorer dans quelle mesure la vieillesse suscite l'adoption de pratique d'AP auprès de femmes de plus en plus confrontés aux maladies et aux incapacités physiques. Trente-neuf entrevues en profondeur ont été accordées auprès d'aînées de milieux moins bien nantis de la région de Montréal. L'analyse révèle que les pertes en santé, l'incertitude face à l'avenir et l'environnement social suscitent une prise de conscience de la finitude du corps, laquelle engendrerait un souci pour les pratiques de santé préventive dont l'AP. Cette prise de conscience aurait été l'élément-rupture dans la trajectoire de vie d'aînées, transformant le rapport qu'elles entretiennent avec leur santé. L'analyse révèle par ailleurs que toutes les participantes n'ont pas le même niveau de pratique d'AP. La variation observée s'expliquerait par l'interaction entre les conceptions de la prévention, les capacités biologiques à réaliser des AP et les ressources disponibles pour la pratique d'AP. Les résultats combattent des stéréotypes qui nuiraient aux efforts de promotion de la santé menés auprès de femmes issues de milieux moins bien nantis.

Mots clés : Aînées, activités physiques, prévention, rupture biographique, Michael Bury.

Quand le passé n'est pas garant de l'avenir : aînées, pauvreté et activités physiques¹

Introduction

Bien que l'espérance de vie des Québécoises se soit accrue au fil des dernières années, le nombre d'années qu'elles auront à vivre avec une qualité de vie réduite s'est lui aussi accru² (Kino-Québec 2002). En tenant compte du vieillissement de la population féminine, on peut déjà prédire une augmentation substantielle du nombre d'aînées ayant des incapacités physiques dans les années à venir (Kino-Québec 2002). Il s'avère donc crucial dans une perspective de santé publique d'approfondir nos connaissances sur les moyens qui permettraient de prolonger la qualité de vie des aînés, particulièrement celle des femmes et parmi elles, des plus vulnérables de la population. Parmi ces moyens, la présente étude se penche sur la pratique d'activités physiques comme *une des stratégies* favorisant la bonne santé des Québécoises de 65 à 75 ans.

Les rapports en santé publique ont fréquemment souligné les bienfaits d'une pratique régulière d'AP sur la santé des aînées (USDHHS 1996 ; Kino-Québec 2002). En effet, cette pratique est déterminante pour retarder l'apparition de plusieurs maladies chroniques et en réduire les incidences et la sévérité (Vander Bij et coll. 2002 : 120). De nombreux bénéfices pour la santé, telles la réduction des risques de

1 Cette étude a reçu le soutien financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

2 Selon l'Avis scientifique de Kino-Québec (2002) l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie active des Québécoises s'est accru de 2 ans de 1987 à 1998, et est de 13 ans (L'espérance de vie est passée de 79,8 à 81,3 et l'espérance de vie active de 68.5 à 68.1 entre 1987 et 1998). L'espérance de vie active est un concept en santé publique qui renvoie au nombre d'années pendant lesquelles les individus auront une bonne qualité de vie (Kino-Québec, 2003 : 1).

maladies cardiovasculaires, d'ostéoporose, de dépressions, la prévention de chutes ainsi que l'amélioration générale des capacités fonctionnelles des individus, ont été largement documentés (USDHHS 1996 ; RWJF 2001). Nous pouvons donc établir clairement que l'activité physique constitue une pratique préventive et que, en corollaire, la sédentarité constitue un facteur de risque de plusieurs maladies (Vander Bij et coll. 2002).

Par ailleurs, les enquêtes révèlent que la pratique d'AP augmente en fonction de la scolarité et du revenu tout en diminuant avec l'âge (Cameron et coll. 2003 ; Nolin et coll. 2002). Par exemple, l'*Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé* (Nolin et al., 2002) rapporte des écarts considérables dans les taux de pratique d'activités physiques, ajustés selon le niveau de scolarité relative, et ce, pour l'ensemble des groupes d'âge. Ces écarts sont notables dans la catégorie des individus « très peu ou pas actifs » où se retrouvent 37 % des personnes ayant une scolarité « plus faible » comparativement à 18 % chez celles qui ont une scolarité « plus élevée »³. Dans cette même enquête, lorsqu'on tient compte de l'âge, 31 % des Québécoises de 65 et plus comptent parmi les individus « très peu ou pas actifs ». Ainsi, les aînées des milieux les moins bien nantis constitueraient un des segments les plus sédentaires de la population.

Vu le nombre élevé d'aînées sédentaires, de nombreux efforts de promotion de l'activité physique ont été mis en place par des actrices et acteurs chargés de la santé publique (Vander Bij et coll. 2002 ; Atienza 2001). Cependant, ces stratégies

n'ont pas toujours eu les résultats escomptés (Vander Bij et coll. 2002)⁴. Bien que le taux de pratique d'AP demeure faible, de récentes études soutiennent que, contrairement à ce que pourrait le laisser supposer le sens commun, la période de la vieillesse constitue un contexte favorable à l'adoption de pratiques de santé (Backett et Davison, 1995 ; Lawton 2002). Cette étude vise donc à comprendre dans quelle mesure la période de la vieillesse constitue une période propice à l'adoption d'une pratique régulière d'AP, en particulier chez les aînées de milieux moins bien nantis. Elle s'inscrit dans la foulée d'écrits visant à approfondir les connaissances sur les facteurs favorisant la pratique d'activités physiques chez les aînées de manière à maintenir leur capacité fonctionnelle et à éviter les pertes relatives à leur autonomie (RWJF, 2001).

L'article débute par une courte recension des écrits sur la pratique d'AP des aînées. Il expose ensuite le cadre théorique ainsi que les aspects méthodologiques de l'étude. Cette section sera suivie des résultats et de leur interprétation. En conclusion, les principaux résultats seront exposés tout en soulignant leur contribution au champ de la promotion de l'activité physique.

La pratique d'activités physiques chez les aînées : état de la question

Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sous-jacents à la pratique d'AP chez les aînés et les aînées ont été largement documentés (entre autres, Chogahara et coll. 1998 ; Dishman et Sallis 1994). Selon ces études, l'état de santé

³ La catégorie « très peu ou pas actifs » correspond à une fréquence inférieure à une pratique d'AP par semaine. Une pratique équivaut à 50 min de marche à 30 % d'intensité maximale (Kino-Québec, 2002 : 21-25).

figurerait parmi les contraintes les plus limitatives de la pratique d'AP (Booth et coll. 1997 ; Cohen-Mansfield et coll. 2003 ; Curtis et coll. 2000 ; Stanley et Freysinger 1995). C'est principalement par le biais des incapacités physiques et de la douleur engendrée par les malaises physiques (Cohen-Mansfield et coll. 2003) que l'état de santé agirait négativement sur l'adoption d'un mode de vie actif. Toutefois, selon d'autres études, les pertes sur le plan de la santé inciteraient également les aînées à adopter des AP, et ce, en vue de limiter leur aggravation. Puisque les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont en constante interaction, des chercheurs et chercheuses en sciences sociales ont signalé l'importance que prend l'activité physique à mesure que l'individu accumule les risques d'incapacité physique pendant les phases tardives de son parcours de vie ; au moins trois études en sciences sociales (O'Brien Cousins et Keating 1995 ; O'Brien Cousins 2001 ; Chogahara et Yamaguchi 1998) ont traité spécifiquement de l'influence positive du vieillissement sur la pratique d'AP.

L'étude de O'Brien Cousins et Keating (1995) explore la variation de la pratique d'AP chez des Canadiennes de plus de 70 ans. Son objectif consiste à comprendre pourquoi certaines d'entre elles sont sédentaires alors que d'autres sont beaucoup plus actives physiquement. Leurs résultats indiquent que la variation dans la pratique d'AP réside dans les différentes réactions des individus face à leur état de santé. Les auteures soutiennent que les aînées sédentaires seraient plus « résignées » face aux pertes induites par le vieillissement alors que celles qui étaient plus actives

⁴ La revue de Vander Bij et coll. (2002) recense 38 études regroupant 57 programmes de promotion de l'activité physique chez les populations âgées nord-américaines.

antérieurement semblent davantage proactives pour les contrer. Pour ces dernières, la prise de conscience de la précarité de leur santé aurait accentué le désir de demeurer actives.

L'étude de O'Brien Cousins (2001) porte sur les déclencheurs (*triggers*) de la pratique d'activités physiques chez les aînées de l'Ouest canadien. Elle vise à comprendre la manière dont les aînées actives ont été incitées à adopter un mode de vie actif et à comprendre les réactions des aînées semi-actives et peu actives en regard des incitatifs à la pratique d'AP. Ses résultats indiquent que la recherche d'une bonne santé figure parmi les déclencheurs importants d'une pratique régulière chez les aînées actives. Des menaces à la santé, la diminution de la forme physique, le gain de poids et la maladie auraient été des déclencheurs de l'adoption d'un mode de vie actif. Par ailleurs, les aînées semi-actives et peu actives étaient moins convaincues des bienfaits de l'AP sur la santé et plus susceptibles de croire aux dangers de blessures liées à la pratique de ces activités. En conclusion, l'auteure estime que les pertes et les menaces sur le plan de la santé seraient interprétées différemment par les deux groupes d'aînées.

L'étude de Chogahara et Yamaguchi (1998) vise à examiner des facteurs discriminants de la pratique d'AP entre un groupe de Japonais et Japonaises de plus de 60 ans ayant toujours été actifs, et un autre dont les membres sont devenus actifs après la retraite professionnelle. Les auteurs emploient le concept de « resocialisation » pour expliquer l'adoption tardive de pratique d'activités physiques. Les résultats indiquent que le groupe de ceux et celles qui ont adopté

tardivement la pratique d'AP a développé de fortes attentes à l'égard des bienfaits de cette pratique au fil des ans, adoptant ainsi une conception similaire à celle du groupe de ceux et celles ayant toujours été actifs et actives. Les changements comportementaux et cognitifs observés confirmeraient la thèse selon laquelle les individus peuvent modifier leurs croyances, connaissances et valeurs tard dans leur vie lorsqu'il est question d'adopter des AP.

Les trois études ont mis en lumière l'effet contradictoire de l'état de santé sur la pratique d'activités physiques. Elles soulignent également le potentiel des aînées à modifier leurs dispositions face à cette pratique lorsqu'elles sont confrontées à des situations de pertes en santé. Il n'en demeure pas moins que les réactions face aux maladies et incapacités suscitées par le vieillissement ont été peu approfondies et que les études qui les ont abordées ne concernent pas le Québec. C'est pourquoi nous avons engagé une recherche sur le sujet. Compte tenu de la forte présence d'incapacités physiques chez les aînées, il était approprié de le faire en adoptant un cadre théorique qui tienne compte des transformations biologiques survenues lors du vieillissement.

Le cadre théorique : le concept de rupture biographique

Notre étude s'inspire du concept sociologique de « rupture biographique » du sociologue de la santé Michael Bury (1982, 1991), ainsi que des récents développements théoriques qui lui ont été apportés (Carricaburu et Pierret 1995 ; Lawton 2003 ; Pound et coll. 1998 ; Saunders et coll. 2002 ; Williams 2000). Ce cadre théorique a la particularité de jumeler des phénomènes biologiques et sociaux,

soit d'étudier empiriquement comment les membres d'un groupe social réagissent devant la maladie. Une telle approche offre le potentiel d'exposer dans quelle mesure les pertes sur le plan de la santé suscitent des pratiques d'AP auprès de personnes peu disposées à cette pratique et auprès de personnes âgées de plus en plus confrontées aux maladies et aux incapacités physiques.

En s'appuyant sur la notion de « situation critique » de Anthony Giddens (1979), Bury (1982) affirme que la maladie en tant que « situation critique » constitue un élément-rupture engendrant une remise en question de la biographie personnelle d'une personne : « Illness, and especially chronic illness, is precisely that kind of experience where the structures of everyday life and the forms of knowledge which underpin them are disrupted » (Bury 1982 : 169). Pour Bury (1982 ; 1991), la rupture biographique renvoie à une rupture des croyances et des habitudes de vie en vue d'affronter un nouvel état de santé. C'est souvent par l'expérience de la douleur et de la souffrance et par une prise de conscience de la mort que la maladie engendre une rupture dans le parcours de vie des individus (Bury 1982). Or, l'expérience de rupture varie d'un groupe social à un autre (Lawton 2003 ; Williams 2000). La rupture biographique serait ainsi modulée par des facteurs d'ordre socioculturel, tels l'âge et la classe sociale (Lawton 2003 ; Pound et coll. 1998 ; Saunders et coll. 2002 ; Williams 2000). Les études empiriques de Saunders et coll. (2002) et de Pounds et coll. (1998) sont fréquemment citées pour illustrer l'incidence de ces deux facteurs sur le parcours de vie des aînés. Elles suggèrent que le contexte de la vieillesse et celui de pauvreté économique réduisent l'intensité du choc de la

maladie, et donc l'intensité de la rupture biographique (Saunders et coll. 2002 ; Pounds et coll. 1998). Par contre, malgré ces facteurs atténuants, la maladie agirait néanmoins comme « élément-rupture », notamment en raison des perturbations qu'elle occasionne dans la vie quotidienne (Saunders et coll. 2002). Si ces études ont souligné que les pertes en santé engendrent une rupture biographique, elles ont peu exploré les actions entreprises par les personnes devant de telles conditions. Ainsi, nous avons très peu d'information sur la manière dont la rupture biographique est vécue chez des aînées vivant dans des milieux moins bien nantis.

Notre étude se distingue des études antérieures en ce qu'en plus d'identifier l'élément-rupture, elle se penche également sur les réponses à une rupture biographique. L'élément-rupture ne se limitera pas à une seule maladie mais comprendra plutôt un ensemble de malaises anticipés et ressentis ; plus précisément trois séries de facteurs suscitent, selon nous, une prise de conscience de la finitude du corps, soit les pertes en santé, les incertitudes face à l'avenir et l'influence de l'environnement social. De plus, si les études antérieures ont examiné les significations sociales de la rupture biographique, elles n'ont pas placé l'accent sur les actions qui en découlent. Nous considérerons donc cet aspect dans notre analyse. L'objectif de l'étude est d'examiner dans quelle mesure la prise de conscience de la finitude du corps, en tant qu'élément-rupture, engendre une rupture biographique, ayant des incidences sur l'adoption de la pratique d'activités physiques.

La méthode

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche qualitative plus vaste portant sur l'activité physique, la santé et le bien-vieillir (Laberge et coll. 2000). Au total, 122 entrevues ont été menées auprès d'aînées de divers groupes socioculturels. Les participantes de la présente étude proviennent d'un sous-échantillon de 39 aînées francophones issues de milieux moins bien nantis de Montréal et de Laval. Elles ont été recrutées avec la collaboration de partenaires locaux dans les divers milieux géographiques ciblés⁵. Celles qui ont été sélectionnées devaient satisfaire aux critères suivants : être francophone ; être âgée de 65 à 75 ans ; être considérée «autonome» selon les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (une personne dont les besoins sont inférieurs à une heure-soins/jour et qui n'a pas besoin d'aide pour les activités quotidiennes telles que manger, se lever, s'habiller, se laver, etc.) et être issue de milieux moins bien nantis (une personne qui reçoit le supplément de revenu garanti du gouvernement). Des indicateurs tels que le niveau de scolarité et le recours au supplément de revenu garanti ont permis de sélectionner les participantes confrontées à des conditions de vie précaires. Nous avons privilégié l'utilisation d'un échantillon hétérogène en matière de pratique d'activités physiques. Le Tableau 1 dresse un portrait des participantes.

⁵ La Direction de la santé publique de Laval, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Kino-Québec, la Fédération de l'âge d'or du Québec.

TABLEAU 1. Caractéristiques de l'échantillon

Âge (n)	Niveau de Scolarité (n)	Secteur d'occupation antérieure de l'aînée (n)	Secteur d'occupation antérieure du conjoint (n)	Nombre d'enfants (n)	État civil (n)
65-69 (18)	3-6 ^e (14)	Ménager (17)	Manutention (20)	0 (5)	Veuve (20)
70-75 (21)	7-10 ^e (21)	Textile (7)	Vente (4)	1-2 (9)	Divorcée (14)
	11-12 ^e (4)	Restauration (7)	Transport (4)	3-4 (16)	Mariée (3)
		Soins de santé (4)	Administ. (2)	5-7 (9)	Célibataire (2)
		Bureau (2)	Inconnu (7)		

La collecte des données a été effectuée au moyen d'entrevues semi-dirigés d'une durée variant de 90 à 120 minutes. Le guide d'entrevue abordait plusieurs thèmes dont la trajectoire de vie en matière d'activité physique, les significations données à ce concept ainsi que les conceptions de la santé. Les entrevues ont été transcrites et intégrées dans le logiciel de traitement de données qualitatives N-Vivo⁶. Nous avons procédé à une analyse de contenu par thème. Dans un premier temps, les diverses informations fournies par les aînées ont été regroupées en catégories construites à partir de leurs affinités sémantiques. Cette démarche a été suivie d'une analyse des conditions de vie et des biographies personnelles de chacune des interviewées (analyse verticale). Enfin, les données ont été analysées dans une perspective comparative entre les aînées qui présentent différents niveaux de pratique d'activités physiques (analyse transversale). Les résultats de notre analyse s'appuient sur des extraits d'entrevues identifiés par le pseudonyme et l'âge de la participante.

⁶ Ce logiciel constitue la version améliorée de Nud.Ist 4. Ce type de logiciel est fréquemment utilisé lorsqu'il s'agit de gérer, coder et classer une grande quantité d'informations tirées de plusieurs entretiens.

Les résultats et leur interprétation

Les résultats sont présentés en trois sections reflétant l'approche proposée par le cadre théorique ; la première porte sur l'identification de l'élément-rupture ; la deuxième expose en quoi il peut engendrer un souci pour la santé et un intérêt pour l'activité physique et la troisième analyse la variation dans la réponse à l'élément-rupture.

L'élément-rupture : la prise de conscience de la finitude du corps

La vieillesse est apparue comme une expérience lourde de sens pour l'ensemble des participantes. Leur expérience du déclin corporel et leur appréhension de la finitude du corps semblent forcer une réflexion à laquelle elles n'ont pas été confrontées dans les périodes antérieures de leur parcours de vie. C'est dans la soixantaine que s'intensifie ce regard sur soi, où s'articule vieillissement, santé et qualité de vie. Le Tableau 2 présente un aperçu de trois séries de facteurs mentionnés dans les entrevues qui, dans leur ensemble, renvoient à ce qu'on pourrait qualifier de prise de conscience de la finitude du corps (soulignons que la triade en question doit être perçue comme un tout, où chaque série de facteurs est reliée aux deux autres). Cette prise de conscience survenue progressivement au cours du vieillissement constituerait un élément-rupture dans la vie des participantes.

Tableau 2. Facteurs suscitant une prise de conscience de la finitude du corps tels que rapportés par les participantes

1. Pertes en santé : cancers ; hypertension ; diabète ; rhumatisme (arthrite, ostéoarthrite) ; ostéoporose ; accident vasculaire cérébral ; maladies respiratoires (asthme, emphysème), pertes de mémoire, etc.
2. Incertitudes face à l'avenir : peur de perdre son autonomie ; d'aggraver son état de santé ; de vivre aux dépens des autres ; de souffrir ; d'être surmédicalisée ; de contracter une maladie; de tomber, etc.
3. Environnement social
 - a) Proximité des professionnels de la santé : rencontres plus fréquentes avec les médecins ; cibles d'interventions en promotion de la santé ; consommation plus régulière de médicaments, etc.
 - b) Présence accrue de mortalité, de maladies et d'incapacité dans leur environnement social : décès ou soins prodigués à un être cher (mari, ami, enfant), décès de personnages publics de leur génération, etc.

Voyons plus en détail chacune de ces trois séries de facteurs. Il y a lieu de souligner d'entrée de jeu la prise de conscience de la dimension proprement biologique du vieillissement, soit celle se rapportant aux pertes en santé. Bien que les participantes étaient toutes autonomes, les entrevues ont révélé qu'elles étaient toutes atteintes de malaises chroniques ou d'incapacités physiques. Notons que ces conditions varient en intensité et se sont manifestées différemment selon le parcours de vie de nos aînées. Certaines ont souligné la venue lente et insidieuse de la maladie :

Je prends bien conscience de moi-même, ça me pèse sur le dos depuis deux ans [...] Doucement, doucement, ça diminue bien, bien doucement, au point où tu n'en as pratiquement pas connaissance, à moins d'avoir une bonne maladie. C'est sournois la vieillesse. Tu as un petit bobo, tu dis, ah ce n'est pas grave, j'ai rien que ce petit bobo, je prends rien que cette pilule-là. Dans 6

mois, tu as une autre pilule, puis deux, trois petits bobos de plus. C'est très sournois la vieillesse. (Blanche, 69)

Pour d'autres, la maladie est apparue de façon plus abrupte : « *Quand j'ai eu mon opération au cœur, je me suis dit "eh la mère, tu n'es plus jeune!"* » (Fernande, 67) ; « *Moi je n'étais jamais malade avant. Mais là, il m'arrive toutes sortes d'affaires, l'une après l'autre* » (Rita, 69). Pour la grande majorité des participantes, les malaises survenus au cours du vieillissement ont suscité une constatation de pertes en santé, constatation contribuant à une prise de conscience de la finitude du corps.

Les témoignages des aînées suggèrent également que l'apparition de malaises et d'incapacités, ainsi que la mort, figurent parmi les affections qu'elles avaient envisagées comme faisant partie du vieillissement : « *On est toutes sur ce côté-là [la vieillesse]. On s'en va vers la mort. J'ai perdu 4 frères et sœurs. Là que j'y pense, c'est moi la plus vieille [vivante]* » (Marguerite, 75) ; « *Tu y penses beaucoup que tu vieillis. Tu vois tellement de maladies et tellement de personnes malades, tu te dis que ça va peut-être t'arriver un jour* » (Hélène, 65). Tel que souligné par Pounds et coll. (1998) et Saunders (2002), l'apparition des symptômes de la maladie a été anticipée par la grande majorité des aînées. Cette perception d'inévitabilité des pertes en santé ne signifie pas pour autant que les participantes demeurent indifférentes aux conséquences de la maladie : « *Je remercie le Bon Dieu à tous les jours pour que je sois capable de continuer comme je fais pour le moment. Je ne*

voudrais pas tomber, et ne plus être autonome. N'oublie pas que des fois c'est normal que je sois fatiguée, et d'avoir le dos courbaturé » (Odile).

En ce qui a trait à la deuxième série de facteurs, ce ne sont pas uniquement les effets indésirables des malaises et des incapacités qui importent, mais aussi leurs conséquences potentielles sur l'avenir. Lorsque les participantes expriment leurs incertitudes face à l'avenir, elles soulignent notamment leur crainte d'une perte d'autonomie et de souffrances induites par la dégénérescence physique et mentale: *« Moi ma peur c'est la maladie. Je ne voudrais pas être aux dépens des autres... être bien malade puis souffrir » (Diane, 70).* La perte d'autonomie constitue la crainte la plus répandue dans les entrevues. Les passages suivants illustrent les éléments figurant parmi les appréhensions les plus importantes à cet égard.

- être dans la dépendance des autres : *« Quand même qu'on aurait des petits bobos, ça c'est sûr, tant que tu es capable de te suffire à toi-même. Moi ma peur c'est de me faire laver par les autres. Ça, j'ai peur de ça » (Valéda, 71) ; « Ce n'est pas drôle, être accroché tout le temps aux autres. [...] Ce n'est pas correct, ce n'est pas une vie, tu n'as pas d'intimité, tu n'as rien » (Sandra, 73) ;*

- la perte de mobilité : *« Être paralysée, ou prise dans une chaise roulante [...] Nous on va chanter dans des foyers pour personnes âgées, et je vous dis qu'on sort de là avec le motton. Moi je savais qu'il y avait des gens en chaise roulante, mais quand vous voyez ça! Ils étaient 75 en chaise roulante » (Marie-Louise, 71) ;*

- la dépendance face aux médicaments : *« Ma sœur a 82 puis elle est tout le temps malade, elle a un char de pilules sur la table puis elle en prend 3 fois par jour. Je la*

vois prendre ça, puis je me dis : " Non! Je ne veux pas me rendre là " » (Anne-Denise, 73) ;

- l'incapacité d'accomplir ses activités de loisir : « *J'ai toujours peur de ne pas être capable de danser, c'est de ça que j'ai peur, j'y pense beaucoup, beaucoup, beaucoup. Je me dis l'année prochaine j'aurai 70 ans...* » (Carole, 69).

La troisième série de facteurs suscitant une prise de conscience de la finitude du corps renvoie à l'influence de l'environnement social sur la perception qu'ont les participantes d'être dans une période à risque concernant les pertes en santé. D'une part, la quasi-obligation de recourir aux services de soins de santé ; les rencontres plus fréquentes avec les professionnelles et professionnels de la santé, les tests de dépistage, la consommation de médicaments ainsi que les programmes de promotion de la santé destinés aux groupes âgés renvoient à des indicateurs concrets des risques accrus de problèmes de santé induits par le vieillissement. D'autre part, l'influence de l'environnement social se fait également sentir à travers la réaction des participantes qui ont été témoins de la souffrance ou de la mort d'êtres chers. Notons que 20 des 23 participantes qui n'étaient pas divorcées avaient déjà perdu leur conjoint⁷. Ces expériences bouleversantes témoignent de la fragilité du corps vieillissant. Dans l'extrait suivant, Ève partage sa réaction face à la souffrance d'un ami qu'elle côtoie dans une banque alimentaire:

J'ai vu un ami, il était en pleine santé. Je lui ai dit : « Pierre, pourquoi tu manges autant de gras puis de sucré ». Il m'a dit : « J'ai juste une vie à vivre,

⁷ La forte présence de mortalité et de morbidité dans les quartiers moins bien nantis de Montréal a été signalée dans Paquet (1989).

puis, je la vis! » Aujourd'hui, il a perdu une partie de sa vue puis il a une jambe en moins [...] J'ai pensé à Pierre puis, je me suis dit : « Ah! Mon dieu, j'aime mieux la vie sur mes deux jambes » [...] Je me suis souvenue de Pierre. Moi, il ne faut pas que je pense comme lui. (Ève, 67)

Des auteurs clés en gérontologie sociale ont signalé l'effet structurant de la finitude du corps sur la conception que les individus se font de la santé dans les phases tardives du parcours de vie (Featherstone et Hepworth 1998 ; Turner 1995). Tout laisse croire que les pertes en santé des participantes à l'étude, leurs incertitudes face à l'avenir et la lecture qu'elles font de leur environnement social engendrent une prise de conscience de la finitude du corps qui serait à l'origine d'un changement profond dans leur conception de la santé. Ceci corrobore les résultats de Saunders et coll. (2002) qui montrent que les pertes en santé engendrent une rupture biographique, et ce, même si elles avaient été anticipées.

Rupture biographique : la prise de conscience de la finitude du corps comme déclencheur de pratiques de santé

L'examen du corpus d'entrevues révèle que la prise de conscience de la finitude du corps engendre un souci évident pour la santé et pour la pratique d'activités physiques ; c'est en ce sens qu'elle engendre une rupture biographique au plan des pratiques de santé. Ce sont les trois séries de facteurs mentionnées plus haut, qui, envisagés ensemble, font de la vieillesse une période particulière lorsqu'il est question de la préoccupation quant à sa santé.

Le souci pour la santé

Nos résultats suggèrent que l'élément-rupture marque le début d'une période où les participantes deviennent plus soucieuses de leur santé et paraissent plus réceptives au discours préventif tenu par la santé publique. Signalons d'abord que les participantes ont généralement un passé peu favorable aux dispositions à la pratique préventive en santé. Leurs conditions de vie précaires en seraient la cause principale durant les périodes antérieures de leur vie ; plus tard, après le départ des enfants, leurs conditions de vie apparaissent plus favorables à l'adoption de pratiques de santé (Dumas, 2004)⁸.

C'est lorsqu'on subit des pertes en santé qu'on prend davantage conscience de la fragilité de son corps et de sa santé (Bury 1982 ; Leder 1990 ; Lawton 2003). Tel qu'il est ressorti dans les entrevues, plusieurs participantes se sentent davantage préoccupées par leur santé que dans le passé : *« À mon âge, depuis que je suis dans la soixantaine, on doit toujours veiller plus à sa santé, on le sait plus qu'on vieillit »* (Marielle, 74). De façon similaire, après avoir suivi des ateliers sur le vieillissement, Hillary (65 ans) affirme en parlant de la santé : *« Il y a une phrase que j'ai retenue du professeur : si les gens âgés ne s'adaptent pas au changement, ils sont certains de vieillir très rapidement »*. L'expérience qu'elles font des malaises et des incapacités physiques susciterait une prise en charge de leur santé : *« J'ai eu deux opérations, deux fois des traitements de radio. Ça, ça magane beaucoup, beaucoup. Pis là, je*

⁸ La faible disposition à la prévention en santé pendant les périodes antérieures de la vie de ces mêmes participantes a fait l'objet d'une étude de type biographique dans ma thèse de doctorat. En utilisant l'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu (1979), l'analyse a révélé que les conditions d'existence caractéristiques de celles qui vivent dans la nécessité, façonnent un rapport au corps peu favorable à la pratique préventive et à la pratique d'AP.

commence à prendre le dessus [au moyen d'un ensemble de pratiques de santé] [...] Moi je tiens beaucoup à être autonome » (Diane, 70). Dans l'extrait suivant, Hillary expose l'importance de ses pratiques de santé pendant sa convalescence d'un cancer :

Un moment donné, tu n'as plus le choix, la vie te rattrape. Si tu fais un paquet de petites affaires pour te garder autonome, je pense que c'est bien l'idéal [...] Moi je me considère comme un cas assez grave depuis deux ans [...] Je pense que c'est très important si je veux rester autonome de faire tout ce que j'ai fait, puis tout ce que je fais encore. (Hillary, 65)

L'incertitude face à l'avenir a amené une inclinaison à anticiper les malaises et à adopter des mesures en vue d'en atténuer les conséquences. Les citations suivantes rendent compte des dispositions à demeurer en santé, tant sur le plan physique que mental, suscitées par une acceptation des malaises et inconforts de la vieillesse : « *La santé c'est primordial [...] Des fois j'ai des malaises mais ça, tu n'y peux rien. Si tu fais ce que tu as à faire, toujours te maintenir en forme, tu manges des choses équilibrées, bien moi j'ai pour mon dire que c'est beaucoup » (Odile, 75) ; « Des fois, mon moral, il y a des périodes où il est bas. Là je me parle, je me dis : " Réveille-toi, tu vas te ramasser en dépression ". Je ne veux tellement pas aller à l'hôpital parce que j'en ai déjà fait une et je sais ce que c'est » (Rolande, 66).*

En outre, les aînées interviewées paraissent également plus réceptives qu'elles ne l'étaient antérieurement au discours de la santé publique. Des pratiques telles que la consommation de médicaments préventifs, l'adoption d'un mode de vie actif, le recours à une alimentation saine ainsi que le suivi régulier de leur état de

santé figurent parmi les actions préventives valorisées à cette période du parcours de vie. Elles acquièrent l'information sur ces sujets par le biais de rencontres avec des professionnelles et professionnels de la santé, de publicités sociétales, de sessions d'information (asthme, emphysème, haute pression, diabète, cessation de fumer), de livres spécialisés, etc. : « *J'aime les livres sur la santé, j'ai appris beaucoup par les livres, j'ai suivi [des ateliers] : " Écoute ton corps ", j'ai suivi aussi " Repartir " au YWCA, ça m'a aidée* » (Marie, 75). D'autres connaissances sur la santé sont également obtenues par le biais d'organismes sociaux traitant des thématiques de la vieillesse : « *Je fais maintenant attention au gras et au sucre, surtout avec mon diabète. Au CLSC, ils nous donnent des conseils. Il y a des séances de santé. Ça nous fait du bien, moi je suis contente de venir ici. C'est très bon pour la santé. Je me sens plus forte après les avoir écoutés* » (Alice, 72).

Les médecins occupent un rôle central dans le développement des attitudes face à la santé. Leurs conseils visant à guérir les malaises ou à en prévenir l'aggravation sont pris très au sérieux. Alors qu'à une étape antérieure de leur vie les participantes les consultaient de façon plus sporadique, plusieurs d'entre elles cherchent maintenant à s'informer sur leur état de santé en consultant de façon plus régulière : « *Je vais chez mon docteur une fois par quatre mois [...] Jamais je n'allais voir le docteur avant* » (Marilyn, 66).

Dans son essai sur le vieillissement, Turner (1995) souligne que les humains sont des êtres anticipatoires, qu'ils orientent leurs projets en fonction du futur tout en étant très conscients de leur propre finitude. Cette remarque paraît fondée lorsqu'il s'agit de la pertinence pour les groupes aînés d'adopter des pratiques de santé dans

un contexte d'anticipation de la finitude du corps. Il ressort de l'analyse des trajectoires de vie (analyse verticale) que les aînées ont développé une forte préoccupation pour la prévention à mesure qu'elles avancent en âge. Elles ont progressivement adopté un nouveau style de vie en vue de repousser et d'atténuer les conséquences potentielles de la dégénérescence de l'organisme. Selon des études récentes, la projection de l'état de santé futur d'une personne serait déterminante pour l'adoption de pratiques de santé (Lawton 2002) et d'une pratique régulière d'AP (O'Brien Cousins 2001 ; Whaley 2003).

L'intérêt pour la pratique d'activités physiques

Étonnamment, la grande majorité des femmes interviewées (32/39), ont mentionné qu'elles pratiquaient diverses formes d'activité physique, mais à différents degrés d'intensité, afin d'améliorer leur santé. Plusieurs d'entre elles se sont adonnées à ce type d'activité, ont maintenu leur niveau de pratique ou ont augmenté l'intensité durant les périodes plus tardives de leur parcours de vie. Chez plusieurs participantes, les pertes en santé et l'influence des professionnelles et professionnels de la santé auraient agi comme incitatifs à un mode de vie actif. En réaction aux transformations corporelles venues avec la vieillesse, Jeanne et Louise ont débuté une pratique régulière d'activité sportive après la soixantaine : « *C'est pour l'exercice que je fais du vélo, pour mes genoux et puis le bedon. J'aime ça moi. Ça va faire quatre, cinq ans que j'en fais. Je m'ennuyais. Je m'en venais ankylosée et je me suis dit : " Ah! Ça n'a pas d'allure! " [...] Quand t'es à rien faire c'est pas bon!* » (Jeanne, 70) ; « [J'ai commencé à faire du patin] *pour ne pas rester inactive. Parce que si je passe mon temps assis, je vais élargir. Combien de poids je vais*

prendre? La flexibilité, ça j'y tiens beaucoup à ça » (Louise, 67) ; « Ça fait seulement depuis une couple d'années qu'on prend des marches, pour le plaisir de marcher et pour faire des exercices en même temps, c'est pour se faire du bien. [...] On marche 4 à 5 fois dans la journée » (Rose, 73). Pour d'autres, l'intérêt d'adopter un régime plus actif provenait de recommandations ou de l'insistance des acteurs et actrices de la santé publique, notamment de leur médecin : « Le docteur m'a dit, parce que je fais de l'angine, " il faut que vous marchiez beaucoup si vous ne voulez pas vous ramasser dans une chaise roulante ". Je marche parce qu'il m'a dit ça et j'aime ça » (Ève, 67) ; « Ça ne m'intéressait pas pantoute [des AP]. Ça valait rien cette affaire-là! [...] Là, mon docteur me dit de prendre des marches. Ça j'en prends! Mais ne demande-moi pas autre chose! » (Gisèle, 67)

Il y a lieu de préciser que ce n'est pas uniquement la recherche d'une bonne santé, mais aussi d'autres facteurs tels que l'amusement et les rencontres sociales qui motivent la pratique d'activités physiques. Ainsi, pour plusieurs participantes, le vieillissement a donné lieu à une amélioration de leurs conditions sociales d'existence. L'accroissement du temps libre, le départ des enfants, la relative stabilité financière⁹ et l'offre de services à tarif réduit sont souvent mentionnés comme facteurs qui ont favorisé l'adoption de pratiques d'activités physiques. À 60 ans, Karine s'est mise à une pratique régulière : « Je suis plus active maintenant. Avant je m'occupais plus de mes enfants. Quand on élève six enfants, je n'avais pas le temps d'aller prendre des marches... » (Karine, 65). Le vieillissement a donc

⁹ Chacune des participantes reçoit leur pension de vieillesse et un supplément de revenu garanti. Elles habitent également des habitations à loyer modique subventionnées par l'État. En ce sens, la vieillesse leur offre une relative stabilité financière par rapport aux périodes antérieures de leur vie.

amené un ensemble de conditions sociales et biologiques favorables à l'adoption de pratiques de santé : « *Aujourd'hui, on a plus de temps pour nous autres, on n'a pas la famille puis tout l'ouvrage qui vient avec. On se demande bien ce qu'on pourrait bien faire de notre temps, puis à part de ça, on veut vivre le plus longtemps possible. Ça aide pour la santé!* » (Marielle, 74).

Le Tableau 3 illustre les profits santé attendus de la pratique d'activités physiques tels que mentionnés par les participantes.

Tableau 3. Profits escomptés de la pratique d'AP

- Améliorer la santé globale ;
 - Prévenir la perte d'autonomie et les incapacités ;
 - Prévenir l'apparition/réduire l'aggravation de maladies (ostéoporose, diabète) ;
 - Augmenter la résistance aux maladies ;
 - Contrôler la pression sanguine ;
 - Améliorer des capacités fonctionnelles (équilibre, mobilité, digestion ; flexibilité, sommeil) ;
 - Réduire les douleurs arthritiques ;
 - Augmenter le tonus musculaire en vue de prévenir les chutes ;
 - Réduire l'angoisse/relaxer ;
 - Maintenir un poids-santé.
-

Il va de soi que la diversité des profits escomptés est à mettre en lien avec la diversité des malaises et incapacités des participantes de l'échantillon. Celles qui éprouvaient moins de malaises ont indiqué qu'elles pratiquent des activités physiques davantage en vue de prévenir les problèmes de santé qu'elles constatent chez les femmes de leur cohorte d'âge. Marielle et Valéda, femmes au foyer et veuves, ainsi que Marguerite, célibataire et ancienne vendeuse chez Eaton, comptent parmi les femmes les plus actives de l'échantillon :

Il était temps que je me grouille pour empêcher des malaises, ça aide à prévenir [...] Je n'aimerais pas ça être malade, des années malade, ce n'est

pas drôle [...] Ça me motive à faire de l'exercice. Il y a des matins que ça ne me tente pas, pantoute, je me dis: « Ah Non, pas ça! » Mais je me conditionne (Marielle, 74).

Il faut faire de l'activité physique parce que faut pas rester à rien faire. Parce que faut pas *jammer*! Tu sais t'ankyloses si tu restes toujours assis à regarder la télévision, c'est pas bon. À notre âge on fait un peu d'arthrite pis tout ça, si t'arrêtes, t'es faite! Moi j'ai peur d'arrêter comme le diable! Je n'ai pas envie d'arrêter pantoute! (Valéda, 71).

Il faut que je continue [à faire des AP], ça va bien mon affaire! Je m'aperçois que c'est bon, ça me tient en forme. J'ai toujours dit que je veux mourir en santé, pas mourir dans un lit, être malade, me faire servir (Marguerite, 75).

Plusieurs participantes s'adonnent à des AP dans le but de prévenir l'aggravation de malaises et d'améliorer leur condition physique : « *J'ai ma pression qui monte et qui descend. L'exercice, ça garde en santé, ça aide à la circulation du sang et moi je me sens bien après que j'ai fait de l'exercice* » (Marie-Louise, 71) ; « *Reste une semaine sans marcher tu vas voir ce que ça va faire. [J'avais peur] de ne plus être capable de marcher, je n'avais pas de mal, mais j'avais peur* » (Jeanne, 70) ; « *Bien moi je veux maintenir mes muscles forts. Ça, c'est mon but principal, ça puis ma circulation. Ça, ce sont des problèmes chez les personnes âgées ; on devient les muscles moins forts. Si on garde nos muscles en santé bien on a des chances que*

nos os se brisent moins » (Hillary, 65). Enfin, chez celles dont la santé était plus hypothéquée, l'activité physique renvoyait davantage à une pratique curative visant à composer avec la maladie: « *Je me suis découvert des petites maladies... un petit peu de diabète, un petit peu de cholestérol, alors je fais attention à ma nourriture, c'est important, je marche encore, il ne faut pas se rouiller* » (Ivette, 73).

La pratique d'activités physiques est également mise à profit pour soulager et prévenir un ensemble de troubles psychologiques (par exemple : dépression, angoisse, stress). Elle a été souvent mentionnée comme moyen de se « changer les idées » afin de conserver la bonne humeur : « *L'angoisse détruit la santé [...] juste le fait de changer d'air, de changer de place, ça calme. Se changer les idées c'est un bon remède, c'est un bon médicament* » (Hillary, 65) ; « *Je n'aime pas ça être toute seule, à jongler, c'est sûr que si tu passes des journées à jongler que ça ne doit pas être bon pour la santé. Moi, ça [la danse], ça me fait du bien [...] C'est bon pour le moral* » (Carole, 69).

Les résultats présentés jusqu'à maintenant attestent de changements significatifs à l'égard des conceptions et des pratiques relatives à la santé et à l'activité physique. Toutefois, les données suggèrent que, même si toutes les participantes paraissent plus favorables que dans le passé à l'adoption de pratiques d'AP, leur réponse à l'élément-rupture peut varier.

Variation dans la réponse à l'élément-rupture

Si une première lecture des *verbatim* a révélé l'importance de l'activité physique dans les phases tardives de la vie, une analyse plus approfondie a signalé que la fréquence et l'intensité de la pratique régulière d'activités physiques varient

considérablement d'une aînée à l'autre. Cette variation s'explique par une interaction complexe et un dosage différent entre les trois variables que sont les conceptions de la prévention des aînées, leurs capacités physiques à pratiquer de telles activités et les ressources disponibles et consenties pour leur pratique. Voyons ces trois éléments plus en détail.

Les conceptions de la prévention

Les témoignages de certaines participantes attestent d'une sédentarité prononcée alors que d'autres manifestent une fréquence de pratique très élevée. Ces différences peuvent s'expliquer par la plus grande résignation des aînées peu actives face aux malaises survenus pendant la vieillesse et par leur vision plus pessimiste quant à la possibilité d'un regain de santé. Comme le suggèrent les passages suivants, ces participantes ont le sentiment de détenir peu de contrôle sur leur avenir : « *Je ne suis pas capable de lutter contre la vie, je pars du principe que je ne serai pas capable* » (Alice, 72). L'idée de destin est nettement la plus répandue pour désigner cette réalité : « *Ça peut aider [faire des AP] mais pour vivre longtemps, c'est la roue qui mène. [...] Quelqu'un peut avoir la santé et être ben correct. Quelqu'un d'autre peut être en santé et partir bien plus vite qu'un autre qui est malade* » (France, 70).

En outre, les analyses comparatives révèlent que les femmes ayant vécu dans des conditions de vie très précaires (pauvreté économique, faible scolarité, chômage ; famille monoparentale ; sans domicile fixe, etc.) seraient plus sceptiques à l'égard du discours tenu par les intervenantes et intervenants de la santé publique. Elles adoptent une attitude du type « il faut en prendre puis en laisser » et se conforment

moins aux principes de médecine préventive : « *Comme j'ai dit au médecin : " Vous ne ferez pas une neuve avec moi à 70 ans! "* Hein! Je ne suis pas un robot. Les morceaux ça ne se remplace pas » (Diane, 70). Dans la même veine, pour Fernande, qui est peu active physiquement, sa fréquence d'AP lui paraît suffisante : « *Les docteurs nous le disent assez. Mon docteur me dit de marcher, puis de marcher, puis de marcher mais je ne marche pas plus* » (Fernande, 67). Ces aînées semblent également réagir moins promptement aux signes avant-coureurs de la maladie que les participantes plus actives : « *Écoute! À soixante-treize ans t'en as des bobos! Ça fait qu'il ne faut pas les écouter ces bobos-là* » (Sandra, 73) ; « *Je ne pense pas à mon mal. Quand je vais chez le docteur c'est parce que j'en ai de besoin [...] tu n'y penses pas que tu es malade. Tu t'occupes. Malade pas malade, tu fais ton ouvrage pareil* » (Denise, 69). Quelques-unes d'entre elles expriment leur refus de se faire imposer une façon de vivre dans cette phase de leur vie : « *Avant, tout ce que je faisais, il fallait que je le fasse. Aujourd'hui ce que je fais, c'est parce que je veux le faire!* » (Diane, 70). Pour celles ayant évolué dans des conditions d'existence très défavorables, la pratique d'AP ne doit pas constituer une obligation supplémentaire :

J'ai été assez séquestrée quand j'étais jeune au couvent et ensuite privée par mes enfants ; puis là, je suis libre, je fais ce que je veux. Je tourne, je vire, j'en demande pas plus que j'en ai [...] Je reste chez nous, puis, je suis bien chez nous. [...] Je m'allonge les pattes, puis, je fais aller mes pattes de même [de gauche à droite], assise dans ma chaise Lazy-boy. Je suis diabétique, ça fait que je dors [...] Si j'en fais chez nous [de l'AP], c'est parce que ça me tente, quand ça ne me tente pas, j'arrête. Je ne fais plus ce que je n'aime pas

faire. J'en ai assez fait dans ma vie. Je me suis assez sacrifiée dans ma vie. Là je fais juste qu'est-ce que j'aime (Marily, 66).

À l'opposé, les aînées plus actives physiquement accordent plus d'importance à la prévention et paraissent moins résignées face à leur état de santé, réagissent plus promptement aux signes avant-coureurs de la maladie et adoptent une pratique d'AP plus intense : « *Si tu veux être en santé, il faut que tu bouges. Tu ne dois pas te laisser aller. Tu fais attention à ta santé. Mais même si tu es malade, tu ne dois pas rester assise dans ton coin. Il faut que tu bouges, il faut que tu fonces* » (Isabelle, 65). Les bénéfices d'une pratique d'activités physiques sur la santé renforceraient leur désir d'être plus active. Enfin, comme l'illustre l'extrait suivant, l'activité physique s'intègre davantage dans une conception holistique de la santé favorisant l'amélioration du bien-être tant physique que mental : « *sortir de la maison, rencontrer des gens et puis bouger un peu... c'est un programme qui est presque parfait* » (Pierrette, 73).

Les capacités physiques à réaliser des activités physiques

En raison du taux élevé de morbidité prématurée enregistré dans les milieux populaires (Paquet, 1989), on peut croire que la contrainte imposée par l'incapacité physique sur la pratique d'AP y est davantage présente dans leur vie. Dans cette optique, cette contrainte a fréquemment été invoquée dans les entrevues : « *Quand on est jeune on en fait ben des affaires! Mais quand on vieillit, ce n'est pas pareil pantoute. Il faut passer par-là pour le savoir* ». (Anne-Denise, 73) ; « *Dans le moment, je me sens fatiguée [...] J'aimerais bien ça en faire plus [d'AP] que je fais là mais je ne suis pas capable!* » (Gisèle, 67). Leur manque de force génère

également la peur de blessures provoquées par une chute : « *Des marches je ne peux pas, je n'ai plus les mêmes jambes qu'avant [...] J'ai peur de tomber. Aujourd'hui c'est trop dangereux, à cause de mon âge* » (Jeannine, 75). Alice compte parmi les participantes dont la santé est plus fragile : « *Si j'étais plus forte... le problème c'est que je tombe. Ça m'intéresserait [faire de la danse], mais je ne voudrais pas forcer personne à me supporter* » (Alice, 72). Des troubles physiques plus précis ont également été ciblés comme freins à la pratique : « *C'est mon asthme, j'ai beaucoup d'essoufflement [...] c'est ça qui me limite [à faire des AP], c'est mon asthme* » (Ivette, 73).

Il est intéressant de noter que les aînées plus actives ayant des incapacités ont également signalé les difficultés de pratiquer des activités physiques. Toutefois, plusieurs d'entre elles compensent en s'engageant dans des activités à moindre risque de blessures ou en s'exerçant sous la supervision de professionnelles ou de professionnels. Les incapacités ne sont donc pas toujours un frein à la pratique. À titre d'exemple, les activités aquatiques sont ressorties comme des pratiques privilégiées pour minimiser les risques de blessures : « *Je vais y aller deux fois par semaine dans l'eau, parce que ça, ça fait du bien pour l'arthrite, je fais de l'ostéo-arthrite puis ça me fait du bien* » (Audrey, 74) ; « *Je n'ai pas mal quand je suis dans l'eau. J'ai fait les mêmes exercices par terre et j'avais mal dans les muscles [...] à chaque semaine j'avais mal à quelque part. Puis l'aquaforme, vous sortez de là et vous êtes parfaite!* » (Marie-Louise, 71). Ces données corroborent les études antérieures (Booth et coll. 1997 ; Cohen-Mansfield et coll. 2003 ; Curtis et coll. 2000 ; O'Neil et Read 1991 ; Stanley et Freysinger 1995) ayant montré que des

facteurs d'ordre biologique réduisent la pratique d'activités physiques. Cependant, les participantes plus actives démontrent que les contraintes biologiques peuvent être surmontées par une pratique adaptée à leur état de santé.

Les ressources disponibles et consenties pour la pratique d'activités physiques

Des disparités sur le plan des ressources économiques disponibles et consenties pour l'adoption de loisirs actifs constituent également un des facteurs de différenciation départageant les aînées actives des aînées moins actives. Les participantes les plus actives déploient davantage de ressources nécessaires à la participation à des AP organisées. Pour illustrer ce propos, Marie-Louise et Pierrette sont parmi les participantes qui sont prêtes à investir davantage de ressources économiques : « 60 \$ par session, 2 fois par année, c'est vraiment minime. Moi je considère que c'est un bon placement » (Pierrette, 73) ; « Je paye pour ce que j'ai le goût de faire. Je ne suis pas riche mais il faut payer pour la culture physique. On paye pour la danse, le chant, le théâtre... » (Marie-Louise, 71). Inversement, les participantes moins actives ont signalé les coûts élevés des frais de participation à des d'AP (abonnement, équipements et transport) : « Les abonnements, c'est des prix de fous! [...] je ne peux pas me permettre plus que ça! [ses besoins essentiels]» (Fernande, 67).

Par ailleurs, les ressources humaines et sociales associées à une pratique régulière d'activités physiques varient également selon la fréquence de la pratique. Les femmes plus actives ont noté l'importance de fréquenter des organisations sportives afin d'obtenir un soutien social et une motivation supplémentaire. L'encadrement offert par des activités organisées et payantes telles que l'aquaforme,

le conditionnement physique ou la danse semblent favoriser une pratique plus régulière : « *On dirait qu'on ne peut pas en faire [de l'AP] avec la télévision, on a moins le goût, tandis que là-bas [centre d'entraînement], on est en groupe, c'est différent, avec la télévision ce n'est pas pareil, on ne s'encourage pas. La demi-heure est longue. C'est moins intéressant* » (Marielle, 74). Contrairement à leurs consœurs, les aînées moins actives ont noté que leur environnement social leur offrait peu de soutien en la matière. Par exemple, Hélène signale la peur d'être ridiculisée par ses enfants : « *J'ai commencé à faire de la culture physique le matin à la télévision. Mais je ne veux pas le dire aux enfants parce qu'ils vont dire que je suis virée folle* » (Hélène, 65).

Les témoignages présentés ci-dessus suggèrent que plusieurs facteurs seraient à l'origine de la variation dans l'intensité de la pratique d'activités physiques en réponse à un élément-rupture. C'est grâce aux témoignages et aux histoires de vie que nous avons pu comprendre les raisons qui motivent les différents niveaux de pratique.

Conclusion

Bien que les personnes de milieux moins bien nantis soient peu disposées à la pratique d'AP à l'âge adulte (Boltanski 1971 ; Bourdieu 1979 ; Dumas, 2004 ; Laberge et Sankoff 1988), les résultats de cette étude suggèrent que, contrairement à l'adage, le passé n'est pas nécessairement garant de l'avenir. Les données montrent que si les participantes à notre étude ont été en général peu actives au cours de leur vie adulte, une majorité d'entre elles ont envisagé et ont adopté des pratiques d'AP et s'y sont adonné plus tard dans leur vie. Leurs témoignages suggèrent que la

vieillesse, tant dans ses dimensions sociales que biologiques, a suscité chez elles une prise de conscience de la finitude du corps qui aurait engendré à son tour un souci pour les pratiques de santé préventive, dont l'activité physique. Tel que l'ont souligné d'autres auteurs (Bury 1982 ; Leder 1990 ; Lawton 2003), ce sont surtout les pertes en santé et les craintes de leurs conséquences qui contribuent à cette prise de conscience ; celle-ci aurait été l'élément-rupture dans leur trajectoire de vie, transformant le rapport qu'elles entretiennent à leur santé. Ces résultats confortent d'autres études évoquées précédemment ayant montré un accroissement du souci pour la santé à mesure qu'on avance en âge (Backett et Davison 1995 ; Lawton 2002). Parallèlement à l'augmentation du souci pour la santé, nous avons constaté l'amélioration des conditions sociales d'existence des participantes. Ces résultats nous incitent à croire que la période de la vieillesse constituerait une période propice à l'adoption de pratiques de santé et d'AP.

L'analyse horizontale révèle par ailleurs que les participantes n'ont pas toutes le même degré de pratique d'AP. Il semble que cette variation s'explique par un mélange dynamique entre les conceptions de la prévention, leurs capacités biologiques à s'adonner à une activité physique et les ressources disponibles et consenties pour sa pratique. Ces résultats seraient vraisemblablement le reflet de la grande diversité des facteurs explicatifs de la pratique d'activités physiques (Chogahara et coll. 1998 ; Dishman et Sallis 1994). Nos résultats confirment certaines études antérieures démontrant que les facteurs biologiques peuvent réduire le niveau de pratique d'AP (Stanley et Freysinger 1995, Curtis et coll. 2000 ; Booth 1997). Ce qui nous apparaît toutefois plus important, c'est qu'ils peuvent également,

lorsque des conditions le permettent, favoriser l'adoption d'un mode de vie plus actif (Chogahara et Yamaguchi 1998 ; O'Brien Cousins 2001).

Notre cadre théorique nous a donc permis d'identifier l'activité physique comme une stratégie d'amélioration de la santé parmi d'autres, adoptée en réponse à un élément-rupture. La présente étude apporte une contribution en identifiant le vieillissement social et biologique comme un facteur déterminant de la pratique d'AP. Peu d'études ont approfondi les conséquences des pertes en santé suscitées par la vieillesse sur l'adoption de stratégies telles que l'activité physique pour un groupe social donné. Celle-ci comme celles d'O'Brien Cousins et Keating (1995) et d'O'Brien Cousins (2001) contribue donc à améliorer la compréhension du phénomène.

Quelques précisions doivent être apportées quant aux limites de cette étude. L'échantillon est composé d'aînées de milieux moins bien nantis, ce qui n'exclut pas cependant une certaine hétérogénéité du groupe. Une analyse plus pointue des différentes conditions d'existence des participantes aurait pu montrer d'autres facteurs de différenciation dans les pratiques d'AP. Il faut également noter que nos résultats ne peuvent être appliqués à d'autres milieux socioéconomiques puisque chaque position sociale aurait ses dispositions propres en raison de ses conditions d'existence (Bourdieu 1984 ; Boltanski 1971). Par ailleurs, l'analyse s'est penchée sur la cohorte d'âge des 65 à 75 ans; cependant, davantage de précision à l'intérieur de cette tranche d'âge pourrait révéler d'autres facteurs de différenciation sociale. 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 d'aînées vivant dans des milieux comparables à celui de notre étude.

Sur le plan de l'utilité sociale, nous souhaitons que cette étude contribue à combattre des stéréotypes qui nuisent aux efforts de promotion de la santé¹⁰. Les modifications des attitudes apportées par les femmes de notre échantillon dans leur parcours de vie montrent que la vieillesse ne constitue pas un frein au changement et elle qu'elle peut, au contraire, constituer une période fertile à l'adoption de pratiques de santé. Les transformations de leurs conceptions sont des exemples éloquentes que les dispositions des personnes ne sont pas cristallisées dans le temps. Les changements apportés à leur style de vie viennent également remettre en question les propos de ceux qui soutiennent la thèse de l'existence d'une « culture de la pauvreté » ; propos souvent récupérés au détriment de ceux et celles issues de milieux moins bien nantis à qui l'on fait porter la responsabilité de leurs problèmes de santé. À cet égard, les données indiquent que c'est lorsqu'il y a eu une transformation des conditions d'existence que de nouvelles dispositions envers la santé sont apparues.

Cette étude vise donc à sensibiliser les actrices et acteurs oeuvrant en promotion de la santé au potentiel de changement de style de vie des aînées qu'offre la période de la vieillesse. Elle fournit aussi aux organismes voués à la promotion de l'activité physique des outils de connaissance pouvant les guider dans l'élaboration de

10 Plusieurs mythes sur les pratiques de santé des groupes aînés ont été identifiés par Ory et al. (2003). Notons par exemple ceux qui se rapportent à l'activité physique : « Les aînés sont trop âgés pour modifier leurs habitudes de vie », « Il est trop tard pour améliorer la santé des aînés » et « La santé chez les aînés est génétiquement déterminée ». Leur article propose de faire éclater de tels stéréotypes afin d'inciter à l'adoption d'un mode de vie actif chez les populations aînées.

programmes conçus pour les aînées, et les inciter à intervenir plus efficacement auprès de celles qui proviennent de milieux sociaux moins bien nantis. Enfin, les résultats soulignent le rôle capital que jouent les professionnelles et professionnels de la santé dans le développement d'attitudes préventives et informent les intervenantes et intervenants quant aux problématiques spécifiques se rapportant aux aînées afin de développer des actions susceptibles de favoriser une expérience positive du vieillissement. S'il y a lieu de se réjouir du fait que la période de la vieillesse engendre des dispositions favorables à la santé, les écarts observés quant à la fréquence et à l'intensité de la pratique d'AP posent, malgré tout un défi de taille pour les acteurs et les actrices en promotion de la santé.

Peu de chercheurs ont jusqu'à maintenant exploré empiriquement les liens entre le social et le biologique (Newton, 2003), ni en quoi ils amènent certaines dispositions et forment une vision du monde chez les aînées. La voie est ainsi ouverte à de nouvelles recherches et à l'élaboration de nouveaux cadres théoriques dans l'étude du vieillissement. Le jumelage de l'approche de Michael Bury (1982 ; 1991) à celle de Pierre Bourdieu (1979) s'avère une avenue de recherche intéressante à cet égard.

Références

ATIENZA, Audi A.

- 2001 « Home-based physical activity programs for middle-aged and older adults: summary of empirical research », *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, (supp.), S38-S58.

BACKETT, Kathryn C. et Charlie DAVISON

1995 « Lifecourse and lifestyle: the social and cultural location of health behaviours », *Social Science & Medicine*, 40, 5 : 629-638.

BOLTANSKI, Luc

1971 « Les usages sociaux du corps », *Annales : économie, société, civilisation*, 26, 1 : 205-233.

BOOTH, Michael L. et autres

1997 « Physical activity preferences, preferred sources of assistance, and perceived barriers to increased activity among physically-inactive Australians », *Preventive Medicine*, 26 : 131-137

BOURDIEU, Pierre

1979 *La distinction: critique sociale du jugement*, Paris, Édition de Minuit.

BURY, Michael

1982 « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, 4, 2: 167-181.

BURY, Michael

1991 « The sociology of chronic illness - A review of research and prospects », *Sociology of Health & Illness*, 13, 4 : 451-468.

CAMERON, Christine, et autres

2002 *Increasing physical activity: Encouraging physical activity through school*, Ottawa, Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.

CARRICABURU, Danièle et Janine PIERRET,

1995 « From biographical disruption to biographical reinforcement - the case of HIV-positive men », *Sociology of Health & Illness*, 17, 1 : 65-88.

CHOGAHARA, Makoto, Sandra O'BRIEN COUSINS et Leonard M. WANKEL

1998 « Social influences on physical activity in older adults: A review », *Journal of Aging and Physical Activity*, 6 : 1-17.

CHOGAHARA, Makoto et Yasuo YAMAGUCHI

1998 « Resocialization and continuity of involvement in physical activity among elderly Japanese », *International Review for the Sociology of Sport*, 33, 3 : 277-289.

COHEN-MANSFIELD, Jiska, Marcia MARX et Jack M. GURALNIK

2003 « Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population », *Journal of Aging and Physical Activity*, 11 : 242-253.

CURTIS, James, Philip WHITE et Bary MCPHERSON

2000 « Age and physical activity among Canadian women and men : Findings from longitudinal national survey data », *Journal of Aging and Physical Activity*, 8 : 1-19.

DISHMAN, Rod et James F. SALLIS

1994 « Determinants and interventions for physical activity and exercise », in Bouchard Claude, Roy J. Shephard et Tom Stephens (dir.), *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign, IL: Human Kinetics: 214-238.

DUMAS, Alexandre

2004 « La prévention en santé, l'activité physique et l'apparence corporelle chez des aînées de différents milieux socioéconomiques ». Thèse (Ph.D.), Université de Montréal, 2004.

FEATHERSTONE, Mike et Mike HEPWORTH

1998 « Ageing, the lifecourse and the sociology of embodiment » in Scambler Graham et Paul Higgs (dir.), *Modernity, Medicine, and Health: Medical Sociology Towards 2000*. New-York : Routledge:145-175.

GIDDENS, Anthony

1979 *Central Problems in Social Theory*. London: Macmillan.

KINO-QUÉBEC

2003 *Synthèse de : L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*, Secrétariat au loisir et au sport, Avis du comité scientifique, Bibliothèque nationale du Québec.

KINO-QUÉBEC

2002 *L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Avis du comité scientifique de Kino-Québec, Bibliothèque nationale du Québec.

LABERGE, Suzanne et David SANKOFF

1988 « Activités physiques, habitus corporels et styles de vie » in Jean Harvey et Hart Cantelon (dir.), *Sport et pouvoir : les enjeux sociaux au Canada*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 277-297.

LABERGE, Suzanne, et autres.

2000 « Femmes âgées, activités physiques et santé ». Projet de recherche subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. No. 828-1999-1017.

LAWTON, Julia

2002 « Colonising the future: Temporal perceptions and health-relevant behaviours across the adult lifecourse », *Sociology of Health & Illness*, 24, 6 : 714-733.

LAWTON, Julia

2003 « Lay experiences of health and illness: Past research and future agendas », *Sociology of Health & Illness*, 25 : 23-40.

LEDER, Drew

1990 *The Absent Body*, Chicago: University of Chicago Press.

NEWTON, Tim

2003 « Truly embodied sociology: Marrying the social and the biological? », *The Sociological Review*, 51, 1: 20-42.

NOLIN, Bertrand et autres

2002 *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec.

O'BRIEN COUSINS, Sandra

2001 « Thinking out loud: What older adults say about triggers for physical activity », *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, 4 : 347-363.

O'BRIEN COUSINS, Sandra and Norah KEATING

1995 « Life cycle patterns of physical activity among sedentary and active women », *Journal of Aging and Physical Activity*, 3 : 340-359.

Ory, Marcia, et autres

2003 « Challenging aging stereotypes - Strategies for creating a more active society », *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 164-171.

PAQUET, Ginette

1989 *Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.

POUND, Pandora, Patrick GOMPertz et Shah EBRAHIM

1998 « Illness in the context of older age: the case of stroke », *Sociology of Health & Illness*, 20, 4 : 489-506.

RWJF – Robert Wood Johnson Foundation

2001 « National blueprint for increasing physical activity among adults age 50 and older: Creating a strategic framework on enhancing organizational capacity for change », *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, (supp.), S1-S28.

SANDERS, Caroline, Jenny DONOVAN et Paul DIEPPE

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.

STANLEY, Deborah et Valeria J. FREYSINGER

1995 « The impact of age, health, and sex on the frequency of older adults' leisure activity participation: A longitudinal study », *Activities, Adaptation & Aging*, 19, 3 : 31-42.

TURNER, Bryan

1995 « Aging and identity: Some reflections on the somatization of the self » in Featherstone, M. et Andrew Wernick (dir.), *Images of Aging: Cultural Representation of Later Life*. New-York, Routledge: 245-260.

USDHHS. US Department of Health and Human Services

1996 *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, Georgia, US: Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

VAN DER BIJ, Akke K, Miranda G. LAURANT et Michel WENSING

2002 « Effectiveness of physical activity interventions for older adults: A review », *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 2 : 120-133.

WHALEY, Diane E.

2003 « Future-oriented self-perceptions and exercise behavior in middle-aged women », *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 1-17.

WILLIAMS, Simon J.

2000 « Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept », *Sociology of Health & Illness*, 22, 1 : 40-67.

CHAPITRE 7

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme des analyses de cette recherche, il ressort que les rapports à la pratique d'AP et à l'AC sont façonnés par les conditions d'existence différentielles de chaque milieu socioéconomique, mais que ces rapports se transforment à mesure que les participantes avancent dans le parcours de vie. En d'autres termes, bien que ces rapports aient divergé entre les deux milieux durant les périodes plus jeunes du parcours de vie, les différences se sont atténuées avec l'avancement en âge. Nous avons donc affaire à deux processus qui se chevauchent lors du vieillissement : celui d'une différenciation entre les deux groupes socioéconomiques et celui d'une homogénéisation survenue avec l'âge.

La théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu (1979; 1994) a été un cadre théorique fort utile pour comprendre les mécanismes de différenciation sociale. D'abord, les différentes expériences de socialisation dans le parcours de vie des participantes ont été clairement décelées dans leurs discours. Ces différences ont été principalement dues aux inégalités de capital économique et culturel qui caractérisent l'échantillon. Les deux premières études révèlent que les contraintes et les opportunités de chaque milieu engendrent différentes conceptions et dispositions à l'égard de l'AP et de l'AC. Chaque milieu détenait sa propre hiérarchie des priorités devant les pratiques corporelles étudiées. Ainsi, la proximité ou la distance des

conditions de nécessité a été déterminante dans le degré d'attention et d'intérêt porté au corps.

Le rapport au temps figure aussi parmi les mécanismes de différenciation sociale. Les résultats des deux premières études suggèrent fortement que les conditions d'existence différentielles des deux milieux façonnent un rapport au temps qui engendre des dispositions corporelles distinctives. Ceci corrobore les travaux de Boltanski (1971) en ce sens que les classes plus aisées détiennent un rapport au temps qui favorise une « attitude de prévision » à l'égard du corps. Comme nous l'avons vu, les conditions de nécessité contraignent les participantes des milieux moins bien nantis à réagir aux urgences imposées par la vie plutôt qu'à prévenir les problèmes futurs. À l'opposé, le capital économique et culturel des participantes des milieux bien nantis favorise l'adoption d'une attitude de prévision, et ce, à toutes les périodes du parcours de vie.

Enfin, les types d'occupations quotidiennes dans lesquels ont œuvré les aînées comptent aussi parmi les aspects ayant façonné le rapport à la pratique d'AP et à l'AC. D'une part, l'utilisation intense du corps dans les milieux moins bien nantis a réduit l'intérêt envers l'effort physique en matière de loisir. D'autre part, l'engagement dans des travaux domestiques de plusieurs aînées de milieu moins bien nantis contribue à créer un environnement moins susceptible de valoriser l'AC. À l'opposé, le travail plus sédentaire et « public » des aînées de milieux bien nantis fournit, quant à lui, un contexte plus propice à un style de vie actif et un plus grand souci de l'AC.

La théorie socioculturelle de Pierre Bourdieu nous a permis de bien saisir en quoi ces dimensions du rapport au corps sont profondément ancrées dans les conditions d'existence des agents sociaux. Par contre, le vieillissement a aussi contribué à transformer le rapport à la pratique d'AP et à l'AC. Si l'habitus nous a permis de comprendre comment les participantes de l'étude ont incorporé leurs conditions de classe, ce concept s'est avéré moins utile pour expliquer comment elles incorporent les conditions d'existence biologiques induites par le vieillissement. Étant donné l'indissociabilité du social et du biologique dans une analyse du corps (Featherstone et Hepworth, 1998; Turner, 1995), nos analyses ont dû s'appuyer soit sur des approches qui ont élargi celle de Pierre Bourdieu, soit sur d'autres perspectives conceptuelles.

C'est d'abord en empruntant l'approche de M. Featherstone (1987) que nous avons pu raffiner l'analyse et inclure d'autres formes de conditionnement que celles de la classe sociale. Featherstone (1987) propose l'utilisation du concept d'habitus, mais en lui intégrant « l'âge » comme variable pour étudier le rapport au corps dans le contexte du vieillissement. Nous avons donc considéré l'intériorisation des conditions d'existence sociales et biologiques, notamment dans l'analyse de l'AC, où la prise en compte des transformations biologiques s'est avérée cruciale pour l'analyse. Ainsi, les conditions d'existence biologiques et sociales ont engendré, au travers d'une médiation culturelle de l'habitus, des dispositions à l'égard de la pratique d'AP et de l'AC.

Dans un autre cas, nous avons privilégié le concept sociologique de « rupture biographique » développé par Bury (1982, 1991). Ce concept renvoie à une profonde

remise en question des croyances et habitudes de vie en vue d'affronter un nouvel état de santé. Contrairement à l'approche socioculturelle de Bourdieu, celle de Bury (1982; 1991) renvoie aux transformations, d'abord en ce qui a trait aux conceptions et ensuite aux dispositions chez un groupe social. L'approche s'est avérée appropriée puisque nos recherches ont ressorti qu'une forte majorité d'aînées de milieux moins bien nantis ont décidé d'adopter une pratique d'AP lorsqu'elles étaient confrontées à plusieurs problèmes de santé, et ce, même si elles étaient auparavant peu disposées à le faire.

Contributions de l'étude

Cette étude avait comme objectif général de mieux cerner les normes et les valeurs des aînées en ce qui a trait à la façon de traiter et d'entretenir leur corps ainsi que de comprendre leur conception en matière de prévention, d'AP et d'AC. Trois études distinctives, mais interreliées, ont permis de générer des connaissances qui seraient profitables tant sur le plan de la recherche que sur le plan de l'utilité sociale.

Au plan théorique, cette étude a particulièrement contribué à raffiner le concept d'habitus et à employer d'autres approches théoriques pour étudier le rapport à la pratique d'AP et à l'AC dans le contexte du vieillissement. Le maintien et les transformations des conceptions des aînées dans le parcours de vie, d'une part, renforcent l'idée que l'habitus est le produit de l'intériorisation des conditions d'existence (biologique ou social), mais d'autre part, remettent en question qu'il est constitué de dispositions durables, tel qu'il a été défini par Bourdieu (1979). Aux prises avec les conditions de vieillesse, les participantes, malgré leurs différences, partagent une vision du monde qui les différencient des groupes plus jeunes. Si

l'habitus, tel que défini par Bourdieu (1979), a surtout été utilisé pour comprendre la vision du monde engendrée par les conditions de classe sociale, les données de cette étude viennent supporter l'existence d'un habitus d'âge, un concept récemment exposé dans l'étude de Laberge (2003) qui renvoie aux différentes logiques sociales caractéristiques des divers groupes d'âge en matière d'habitudes de vie.

L'approche de Pierre Bourdieu nous a fourni un cadre d'analyse propice pour explorer et comprendre la différenciation sociale, à diverses périodes du parcours de vie, et ce, entre deux groupes soumis à différentes conditions d'existence. Toutefois, elle s'est avérée peu utile pour expliquer la variation à l'intérieur d'un même milieu socioéconomique. Nous avons donc, dans la troisième étude, expliqué la variation de la pratique d'AP auprès d'un même groupe social par l'interaction entre les conceptions de la prévention, les capacités biologiques et les ressources disponibles et consenties aux aînées en vue de l'adoption de la pratique d'AP. Cette triade révèle la complexité de l'étude de la variation à l'intérieur d'une classe sociale dans le contexte du vieillissement.

En ce qui a trait à la contribution de connaissances, ce projet a permis de combler des lacunes sur le plan de la compréhension des facteurs socioculturels déterminants de la pratique d'AP chez les aînées. Peu d'études se sont penchées sur l'adoption de la pratique d'AP dans les périodes tardives du parcours de vie. Une des contributions importantes de cette étude réside dans l'identification de la vieillesse comme une période propice à l'adoption ou au maintien de pratiques préventives en santé, telle la pratique d'AP. Ce résultat a surtout été notable dans le cas des aînées de milieux moins bien nantis. Bien que leurs conditions sociales d'existence ne les

disposent pas à la pratique d'AP, certains aspects de la période de la vieillesse favorisent une telle attitude. Plus concrètement, l'adoption de pratiques d'AP s'est réalisée via l'articulation de trois processus: (a) celui par lequel elles ont amélioré leurs conditions sociales d'existence lors du vieillissement, (b) celui par lequel elles se soucient davantage de leur santé à partir d'une prise de conscience de la finitude du corps et (c) celui par lequel elles entrent en interaction avec les professionnels de la santé.

Ce projet a également permis de nuancer les effets négatifs ressentis des pertes en AC des aînées qui s'éloignent des normes de beauté associées à la jeunesse. Les résultats signalent que l'AC constituerait un enjeu moins important pour les aînées que par les périodes passées de leur vie. Pour un grand nombre d'entre elles, l'intérêt et l'attention accordés à l'AC ont été atténués par d'autres priorités, telle la santé, lors du vieillissement. Malgré l'omniprésence de l'idéal de beauté associé à la jeunesse, ces femmes âgées ont donc accumulé dans leur parcours de vie l'expérience et le recul nécessaire qui remettraient en question de puissants conditionnements sociaux concernant le rapport au corps des femmes.

Au plan de l'utilité sociale, de tels résultats contribuent à:

- fournir aux organismes en promotion de l'activité physique des outils de connaissances pouvant les guider à développer des programmes mieux conçus en fonction des aînées et à intervenir plus efficacement auprès de celles qui proviennent de milieux sociaux moins bien nantis;
- sensibiliser les acteurs en promotion de la santé au potentiel qu'offre la période de vieillesse pour apporter des changements dans le style de vie des aînés;

- souligner le rôle capital que jouent les professionnels de la santé dans le développement des attitudes préventives chez les aînées;
- informer les intervenants relativement aux problématiques spécifiques des différentes classes sociales afin de les aider à développer des actions susceptibles de favoriser une expérience positive du vieillissement pour l'ensemble des aînées.

Avenues de recherche

Les études traitant du rapport au corps chez les aînées méritent d'être approfondies dans des recherches ultérieures. Peu de chercheurs ont exploré empiriquement les liens entre le social et le biologique, et en quoi ils forment une vision du monde chez les aînées. Nous avons vu que le vieillissement social et biologique peut favoriser l'adoption de pratique de santé chez les aînées, même chez celles peu disposées à le faire. Des cadres théoriques doivent donc être élaborés pour comprendre l'effet des interactions complexes entre le social et le biologique dans l'étude du vieillissement. Le jumelage de l'approche socioculturelle de Pierre Bourdieu avec celle du parcours de vie (lifecourse) s'avère une avenue intéressante de recherche. Les changements des conceptions des aînées dans le parcours de vie sont des exemples éloquentes de l'intériorisation de normes sociales propres à chaque groupe d'âge. Cette intériorisation des normes d'âge présente une piste de recherche intéressante afin de comprendre comment certaines aînées peuvent détenir une bonne qualité de vie malgré les pertes induites par le vieillissement.

RÉFÉRENCES

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New-york: W.H. Freeman.
- Bauman, A.E., Sallis, J.F., Dzewaltowski, D.A. et Owen, N. (2002). Toward a better understanding of the influences on physical activity - The role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2), 5-14.
- Beausoleil, N. (1998). Corps, santé, apparence et vieillissement dans les énoncés de femmes francophones en Ontario. *Reflets*, 4(1), 53-74.
- Bengston, V.L. et Allen, K.R. (1993). The life course perspective applied to families over time. In P. Boss, W. Schumm et S. Steinmetz (Éds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (pp. 469-499). New-york: Plenum Press.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales: Économie, Société, Civilisation*, 1(Janvier), 205-233.
- Booth, M., Bauman, A., Owen N. et Gore C.J. (1997). Physical activity preferences, preferred sources of assistance, and perceived barriers to increased Activity among physically-inactive Australians. *Preventive Medicine*, 26. 131-137.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, western culture and the body*. Los Angeles : University of California Press.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction: Critique sociale du jugement*, Paris : Minuit.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Harvard University Press, Cambridge.

- Bourdieu, P. (1993). Comprendre. In P. Bourdieu et A. Accardo (Éds.), *La misère du monde*. (pp. 903-935), Paris, Seuil.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques: Sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P. (1998). *Practical reason. On the theory of action*. Polity, Cambridge.
- Boutin, G., *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec, 1997.
- Brawley, L.R., Rejeski, W.J. et King, A.C. (2003). Promoting physical activity for older adults - The challenges for changing behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 172-183.
- Brown, C. et Jasper, K. (1993). Introduction: Why weight? Why women? Why now? In C. Brown et K. Jasper (Éds.), *Consuming passions: Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders* (pp. 16-35). Toronto: Second Story.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-181.
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness - A review of research and prospects, *Sociology of Health and Illness*, 13(4), 451-468.
- Cameron, C., Craig, C.L., Coles, C., et Cragg, G. (2003). *Increasing physical activity: Encouraging physical activity through school*, Ottawa : Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.
- Caspersen, C.J., Merritt, R.K., et Stephens, T. (1994). International physical activity patterns: A methodological perspective. In C. Bouchard, R.J. Shephard et T. Stephens (Éds.), *Physical Activity, Fitness and Health: International*

Proceeding and Consensus Statement (pp. 73-110). Champaign : Human kinetics.

- Castañeda, D.M., Bigatti, S., et Cronan, T.A. (1998). Gender and exercise behavior among women and men with osteoarthritis. *Women and Health*, 27(4), 33-53.
- Chogahara, M. (1999), A multidimensional scale for assessing positive and negative social influences on physical activity in older adults. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(6), S356-S367.
- Chogahara, M., et Yamaguchi, Y. (1998). Resocialization and continuity of involvement in physical activity among elderly Japanese. *International Review for the Sociology of Sport*, 33(3), 277-289.
- Chogahara, M., O'Brien Cousins, S., et Wankel, L.M. (1998). Social influences on physical activity in older adults: A review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 6, 1-17.
- Chrisler, J. et Ghiz, L. (1993). Body image issues of older women. In N. Davis, E. Cole, et E. Rothblum (Éds.), *Faces of women and aging* (pp. 67-75). New-York: Harrington.
- Clark. D. (1999). Identifying psychological, physiological, and environmental barriers and facilitators to exercise among older low income adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5(1), 51-62.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M., et Guralnik, J.M. (2003). Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 242-253.

- Coté, M. (1996). Devenir vieille: L'étude du processus de vieillissement de quelques femmes québécoises. *Sciences Sociales et Santé*, 14(3), 47-65.
- Curtis, J., White, P., et McPherson, B. (2000). Age and physical activity among canadian women and men : findings from longitudinal national survey data. *Journal of Aging and Physical Activity*, 8, 1-19.
- Creswell, J.W. (1998), *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- Dannefer, D. (1988). What's in a name? An account of the neglect of variability in the study of aging. In J.E. Birren, V.L. Bengston, D.E. Deuchman (Éds.), *Emergent theories of aging* (pp. 356-385). New-York: Springer.
- Denzin, N.K. et Lincoln, Y.S. (1998). Introduction: Entering the field of qualitative research. In N.K. Denzin, et Y.S. Lincoln, (Éds.), *The landscape of qualitative research: Theories and issues* (pp. 1-34). Thousand Oaks : Sage.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *La recherche qualitative : Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- DeVault, M. (1990). Talking and listening from women's standpoint : Feminist strategies for interviewing and analysis. *Social Problems*, 37, 96-116.
- Duncan, H.H., S.S. Travis et W.J. McAuley (1994). The meaning of and motivation for mall walking among older adults. *Activities, Adaptation and Aging*, 19(1), 37-52.
- Eisenhart, M. et Howe, K. (1992). Validity in educational research. In M. LeCompte, W. Millroy et J. Preissle (Éds.), *The handbook of qualitative research in education* (pp. 642-680). San Diego: Academic Press.

- Elder, G.H., et O'Rand, A.M. (1995). Adult lives in a changing society. In K.S. Cook, G.A. Fine et J.S. House (Éds.), *Sociological perspectives on social psychology* (pp. 452-475). Toronto: Allyn and Bacon.
- Featherstone, M. (1987). Leisure, symbolic power and the life course. In J. Horne, D. Jary et A. Tomlinson, (Éds), *Sport, leisure and social relations* (pp. 113-138). New-York : Routledge and Kegan Paul.
- Featherstone, M. (1991). The body in consumer culture. In M Featherstone, M. Hepworth et B. Turner (Éds.), *The body: Social process and cultural theory* (pp. 170-196). London : Sage.
- Featherstone, M. (1992). Post-modernisme et esthétisation de la vie quotidienne. *Société*, 35, 37-46.
- Featherstone, M. et Hepworth, M. (1998). Ageing, the lifecourse and the sociology of embodiment. In G. Scambler et P. Higgs (Éds.), *Modernity, medicine, and health: Medical sociology towards 2000* (pp.145-175). New-York: Routledge.
- Featherstone, M. et Wernick, A. (1995). Introduction. In Featherstone, M., Wernick, A (Éds.), *Images of aging: Cultural representation in later life* (pp.1-15). New-york, Routledge.
- Feillet, R. (1997). Représentations du corps, vieillissement et pratiques sportives. *STAPS: Revue des Sciences et Techniques des Activites Physiques et Sportives*, 18(42), 33-45.
- Feillet, R., et Roncin, C. (2001). Représentation du vieillissement et du risque dans les activités physiques et sportives à la retraite. *Loisir et Société*, 24(1), 205-222.

- Fletcher, P.C et Hirdes, J.P. (1996). A longitudinal study of physical activity and self-rated health in Canadians over 55 years of age. *Journal of Aging and Physical Activity*, 4, 136-150.
- Furman, F.K. (1997). *Facing the mirror: Older women and beauty shop culture*. Routledge, New-York.
- Giele, J., et Elder, G. (1998). Life course research: Development of a field. In J. Giele, G. Elder (Éds.), *Methods of life course research : Qualitative and quantitative approaches* (pp. 5-27). Thousand Oaks: Sage.
- Guba, E.G. et Lincoln, Y.L. (1998), Competing paradigms in qualitative research. In N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (Éds.), *The landscape of qualitative research: Theories and issues* (pp. 195-220). Thousand Oaks: Sage.
- Guinn, B. et Vincent, V. (2002). Select Physical activity determinants in independent-living elderly. *Activities, Adaptation and Aging*, 26(4), 17-26.
- Hamilton, D. (1998). Traditions, preferences, and postures in applied qualitative research. In N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (Éds.), *The landscape of qualitative research: Theories and issues* (pp. 111-129). Thousand Oaks: Sage.
- Hardcastle, S., et Taylor, A.H. (2001). Looking for more than weight loss and fitness gain: Psychosocial dimensions among older women in a primary-care exercise-referral program. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, 313-328.
- Hockey, J. et James, A. (1993). *Growing up and growing old: Ageing and dependency in the life course*. London: Sage.
- Hurd, L.C. (2000). Older women's body image and embodied experience: An exploration. *Journal of Women and Aging*, 12(3), 77-97.

- Hurd Clarke, L. (2001). Older women's bodies and the self: The construction of identity in later life. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 38(4), 441-464.
- Hurd Clarke, L. (2002a). Beauty in later life: Older women's perceptions of physical attractiveness. *Canadian Journal of Aging*, 21(3), 429-442.
- Hurd Clarke, L. (2002b). Older women's perceptions of ideal body weights: The tensions between health and appearance motivations for weight loss. *Ageing and Society*, 22, 751-773.
- Jary, D. et Jary, J. (1995). *Dictionary of sociology*. Harper Collins: Glasgow.
- Kaplan, M.S., Newsom, J.T., McFarland, B.H. et Lu, L.N. (2001), Demographic and psychosocial correlates of physical activity in late life. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(4), 306-312.
- Kino-Québec. (2003). *Synthèse de : L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus* : Secrétariat au loisir et au sport, Avis du comité scientifique, Bibliothèque nationale du Québec.
- Kino-Québec. (2002). *L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*. Québec : Secrétariat au loisir et au sport et Bibliothèque nationale 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.

- Laberge, S., Rail, G., Dallaire, H. and Voyer, P. (2000) Femmes âgées, activités physiques et santé. Projet de recherche subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. No. 828-1999-1017.
- Lefrancois, R., Leclerc, G., et Poulin, N. (1998). Predictors of activity involvement among older adults. *Activities, Adaptation and Aging*, 22(4), 15-29.
- Lincoln, Y.L. et Denzin, N.K. (1998), The fifth moment. In N.K. Denzin et Y.L. Lincoln (Éds.), *The landscape of qualitative research: Theory and issues* (pp. 407-429). Thousand Oaks : Sage.
- Manidi, M-J. (2000). Facteurs psychosociaux à l'origine d'un vieillissement actif et en santé : État de la recherche. *Science et Sport*, 15, 198-206.
- Manidi Faes, M-J. (1996). Itinéraires sportifs et vieillissement : Étude comparative des pratiques sportives de femmes et d'hommes suisses âgés de plus de 55 ans. *Recherches Féministes*, 9(2), 147, 156.
- Marchand, A., (1998). *Le culte du corps : Une invention récente*. Conférence le corps sous influence, Colloque santé de femmes. www.aspq.org/colloques/conf/02txt11.htm
- Marshall, V. (1996). The state of theory in aging and the social sciences. In R. H. Binstock, L.K. George (Éds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 12-30). New-York: Academic Press.
- McPherson, B. D. (1994). Sociocultural perspectives on aging and physical activity. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2, 329-353.
- Molloy, B.L. et Herzberger, S.D. (1998) Body image and self-esteem: A comparison of African-American and Caucasian women. *Sex Roles*, 38(7), 631-643.

- Newton, T. (2003). Truly embodied sociology: Marrying the social and the biological?, *The Sociological Review*, 51(1): 20-42.
- Nolin, B., Prud'homme, D., Godin, G., Hamel, D. (2002). *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*. Québec : Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec.
- Öberg, P. et Tornstam. L. (1999). Body images among men and women of different ages. *Ageing and Society*, 19, 629-644.
- O'Brien Cousins, S. (1994). The role of social support in late life physical activity. In A. Quinney, L. Gauvin, et T. Wall, (Éds.), *Toward active living: Proceedings of the international conference on physical activity, fitness and health* (pp. 247-253). Champaign: Human Kinetics.
- O'Brien Cousins, S. (2001). Thinking out loud: What older adults say about triggers for physical activity. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, 347-363.
- O'Brien Cousins, S., et Keating, N. (1995). Life cycle patterns of physical activity among sedentary and active older women. *Journal of Aging and Physical Activity*, 3, 340-359.
- O'Brien Cousins, S., et Vertinsky, P. (1999). Aging, gender, and physical activity. In P. White et K. Young (Éds.), *Sport and gender in Canada* (pp. 129-152). Don Mills, Ontario: Oxford University Press.
- O'Brien, S.J., et Vertinsky, P. A. (1991). Unfit survivors: Exercise as a resource for aging women. *The Gerontologist*, 31(3), 347-357.
- O'Neill, K., et Reid, G. (1991). Perceived barriers to physical activity by older adults. *Canadian Journal of Public Health*, 82, 392-396.

- Ory, M., Hoffman, M.K., Hawkins, M., Sanner, B. et Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes - Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 164-171.
- Pike, K.L. (1993). *Talk thought and thing: The emic road to conscious knowledge*, Dallas: Summer institute of linguistics.
- Pliner, P., Chaiken, S. et Flett, G. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16(2), 263-273.
- Pociello, C. (1981). *Sport et société: Approche socio-culturelle des pratiques*. Paris : Vigot.
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 275-288
- Scott, M. et Lyman., S (1968). Accounts. *American Sociological Review*, 33, 46-62.
- Shephard, R.J. (1994). Determinants of exercise in people aged 65 years and older. In R.K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 343-360). Champaign: Human kinetics publishers.
- Shilling, C. (1993). *The body and social theory*. Sage, London.
- Sontag, S. (1979). The double standard of ageing. In V. Carver et P. Liddiard, (Éds.), *An ageing population: A reader and sourcebook* (pp. 72-80). New-york: Holmes and Meier.

- Stanley, D., et Freysinger, V.J. (1995). The impact of age, health, and sex on the frequency of older adults' leisure activity participation: A longitudinal study. *Activities, Adaptation and Aging*, 19(3), 31-42.
- Ristock, J. et Pennell, J. (1996). *Community research as empowerment: Feminist links, postmodern interruptions*. Toronto: Oxford University Press.
- Rubin, H.J. et Rubin, I.S. (1995). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*, Thousand Oaks : Sage.
- Tunaley, J.R., Walsh, S. et Nicolson, P. (1999). 'I'm not bad for my age': The meaning of body size and eating in the lives of older women. *Ageing and Society*, 19, 741-759.
- Turner, B. (1995). Aging and identity: Some reflections on the somatization of the self. In M. Featherstone et A. Wernick (Éds.). *Images of aging: Cultural representation of later life* (pp.245-260). New-York: Routledge.
- USDHHS. US Department of Health and Human Services. (1996). *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia, US : Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Van der Bij, A.K., Laurant M.G. et Wensing. M. (2002). Effectiveness of physical activity interventions for older adults: A review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(2), 120-133.
- Vertinsky, P.A. (1995). Stereotypes of Aging Women and Exercise - A historical-Perspective. *Journal of Aging and Physical Activity*, 3(3), 223-237.

- Whaley, D.E. (2003). Future-oriented self-perceptions and exercise behavior in middle-aged women. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 1-17.
- Whaley, D.E. et Ebbeck, V. (1997). 'Older adults' constraints to participation in structured exercise classes. *Journal of Aging and Physical Activity*, 5(3), 190-212.
- Wister, A. et Romeder, Z. (2002). The chronic illness context and change in exercise self-care among older adults: A longitudinal analysis. *Canadian Journal on Aging*, 21(4), 521-534.

ANNEXE 1

FICHE D'IDENTIFICATION DES PARTICIPANTES DE L'ÉTUDE

PROJET FEMMES AÎNÉES, ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SANTÉ

FICHE D'IDENTIFICATION

No d'identification : _____

Région : _____

Pseudonyme : _____

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 mariée ou non) : _____

Si mariée, occupation du conjoint : _____

Occupation antérieure de l'aînée : _____

Proximité et présence de la famille : _____

Reçoit supplément de revenu garanti : Oui _____ Non _____

Ou

Locataire ou propriétaire de sa résidence? _____

Code

* FA : région franco-ontarienne

* MO : région de Montréal

* PO : Portugaises de l'Ontario

* LA : région de Laval

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

ANNEXE 2**GUIDES D'ENTREVUE**

1. Pour les aînées qui font peu d'activités physiques
2. Pour les aînées qui sont physiquement actives

GUIDE D'ENTREVUE

Pour les aînées qui font peu d'activités physiques

ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

1. Qu'est-ce que vous faites pour vous occuper? Décrivez-moi une *semaine type* par exemple.
Est-ce que c'est différent en *hiver* et en été?
2. Quels sont vos activités *préférées*? Pourquoi?
3. Vous êtes-vous déjà inscrite à un programme d'activité physique (par ex. aquaform, danse en ligne, aérobic)? Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans les activités qu'on proposait?
- Pensez-vous que ça pouvait vous aider à rester en forme? À conserver la santé?
4. Qu'est-ce qui fait que c'est *difficile pour vous* ou qui vous empêchent de faire de l'*activité physique*? (Questions sur les obstacles reliés à l'environnement familial, social et culturel)
5. Qu'est-ce qui pourrait *vous faire en sorte que vous fassiez de l'activité physique* plus souvent ou régulièrement?
6. Si vous en faisiez plus, *quelles sont les activités physiques* que vous aimeriez pratiquer? Pourquoi? Où aimeriez-vous les pratiquer? Avec qui?
- Aimeriez-vous la présence d'un instructeur ou une instructrice? Comment vous aimeriez qu'il/elle soit?
7. Si quelqu'un organisait un *club de marche* ici, est-ce que ça vous tenterait «d'embarquer»?
8. Que pensez-vous des femmes de votre âge qui font des sports comme du basket-ball, de la musculation, du rollerblade? Est-ce plus '*correct*' pour les hommes?
9. Est-ce que vous pensez qu'une *femme de votre âge qui fait de l'activité physique* peut vivre plus longtemps ou être moins malade?

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) des activités offertes.
2. Quand il y a des activités, est-ce que c'est bien «annoncé» (information circule bien)?
3. Est-ce qu'il y a des activités que vous aimeriez faire et qui ne sont pas offertes près d'ici?

TRAJECTOIRE

1. Dans votre plus jeune temps (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) est-ce que vous faisiez des activités physiques ou du sport? Avec des amis? En famille?

2. Vous considérez-vous comme une sportive?
3. Vous considérez-vous comme une personne physiquement active?
4. Vos parents faisaient-ils de l'activité physique (exercice, sport, etc.)?

APPARENCE CORPORELLE

1. Est-ce que vous accordez de l'importance à votre *apparence*?
2. Qu'est-ce que vous faites pour être *belle comme vous êtes*?
 - *maquillage* (fréquence, quantité, sorte), *coiffure* (fréquence, teinture, style, lieu)
 - vêtements (style, type de magasin, fréquence);
 - poids (moyens utilisés)
3. Quand vous avez des sorties, est-ce que vous faites de *spécial*?
4. Qu'est-ce que vous pensez des *crèmes pour rajeunir*, puis toutes les choses qu'ils vendent pour avoir l'air jeune?
? si elle avait bcp d'\$, est-ce que *chirurgie plastique* (par ex. remonter le visage)?
5. Est-ce qu'il y a des femmes dans la xxaine que vous trouvez belle? Qui? *Pourquoi*?
6. Si une compagnie de publicité décidait d'utiliser une femme dans la xxaine pour annoncer un *costume de bain*, auriez-vous l'impression que c'est «déplacé»?
7. Est-ce qu'il y a des choses que vous voyez chez des femmes de votre âge (e.g. vêtements, bijoux, parfums, coiffure) et que vous *ne porteriez jamais* parce que vous considérez que ce *n'est pas approprié* pour les femmes de votre âge?
8. Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez porter (e.g. vêtements, bijoux, parfums, coiffure) mais que *vous vous refusez de porter* parce que vous estimez que ce n'est pas votre âge.
9. Est-ce que vos *goûts ont changé après la 50aine* dans la façon de s'habiller, de se coiffer, de se maquiller, etc.
10. Pensez-vous que faire de l'activité physique ça peut aider à avoir «*l'air jeune*» (au niveau de *l'apparence*)?

« LE VIEILLIR »

1. D'après vous, *à quel âge* est-ce que vous pensez que les gens en général considèrent que les femmes sont vieilles?
2. Est-ce qu'il y a un moment donné où vous vous avez senti que vous n'étiez «plus jeune»? Pouvez-vous me raconter dans quel contexte c'est arrivé, ce que vous avez *ressenti*, fait, etc.
3. Est-ce que le monde autour de vous vous a déjà fait sentir que vous «n'étiez plus jeune»? Pouvez-vous me raconter ce qui est arrivé.
4. En vieillissant, certaines personnes vivent parfois des *transformations dans* leur corps (on se fatigue plus vite, on a des problèmes à digérer, on a des douleurs aux articulations, on voit moins bien, etc.) avez-vous senti des changements comme ceux-là? Comment vivez-vous ça?
5. Est-ce que vous avez remarqué des transformations *visibles* sur votre corps (ex. modifications de l'apparence des cheveux, rides autour des yeux, de la bouche et le cou, plaque brunes, sécheresse de la peau, etc.) au cours des dernières années?
Comment vivez-vous ça?
6. Qu'est-ce que vous trouvez le plus *dur/difficile* à vivre dans la xxaine?
7. Qu'est-ce que vous *aimez le plus* du fait d'avoir dans la xxaine?

8. Est-ce que vous vous êtes donnée des *objectifs*, des choses à faire, à essayer, à expérimenter pour les années qui viennent? (Si vous aviez beaucoup d'argent, est-ce que vous seriez tentée de faire des voyages?)
9. C'est quoi, pour vous, quelqu'un qui «*vieillit bien*»?
10. Si vous aviez des *conseils* à donner à des jeunes pour «bien vieillir» qu'est-ce que vous leur conseillerez?
11. Jusqu'à quel âge aimeriez-vous vivre?

LA SANTÉ

1. Est-ce que vous surveillez votre santé de près?
Qu'est-ce que vous faites pour la surveiller?
Est-ce que vous écoutez votre corps pour savoir si il y a quelque chose qui ne va pas?
Attendez-vous que votre corps vous donne des 'gros' signaux pour aller chez le médecin?
2. Il y en a qui disent qu'en *vieillissant* on est *moins en forme*. Est-ce qu'il y a des choses que vous faites pour vous garder «en forme» ou «en santé» et que vous ne faisiez pas avant?
3. Allez-vous souvent voir le médecin? AVANT, est-ce que c'était pareil? Pourquoi?
4. C'est quoi pour vous la santé? Pensez-vous que vous êtes en santé?
5. Qu'est-ce qui peut être fait, d'après-vous, pour améliorer la santé? (faire identifier les éléments et les faire prioriser)

GUIDE D'ENTRETIEN

Pour les aînées qui sont physiquement actives

ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

1. Qu'est-ce que vous faites comme activités physiques actuellement?
2. Précisions sur les A.P. pratiquées (en tenant compte des *saisons* :
 - avec qui, groupe ou individuel
 - fréquence, + ou - régulier
 - organisé ou non organisé
 - lieu, \$
3. Si plusieurs A.P. : Parmi toutes vos activités physiques, la(les)quelle(s) préférez-vous? POURQUOI? (? Accent plus ou moins sur le social; gêne ou pas dans l'eau; besoin de parler aux autres participants; musique, animateurs, etc.) APPROFONDIR : les *profits* escomptés, ?*internes* ou *externes* au corps: social?
4. APPROFONDIR la question au max, notamment pour voir dans quelle mesure l'activité physique rejoint l'une ou l'autre des stratégies du «bien-vieillir»
 - sélection : l'aînée cherche à faire converger ses capacités et ses intérêts
 - compensation : l'aînée trouve des moyens pour compenser pour ses incapacités et faire ce qu'elle veut ou aime
 - optimisation : l'aînée met à profit ses ressources internes et externes comme moyen d'actualisation de son potentiel.
5. Qu'est-ce que vous pensez des femmes de votre âge qui font des sports comme du basket-ball, de la musculation, du rollerblade? Est-ce plus 'correct' pour les hommes?
6. Si quelqu'un organisait un *club de marche* ici, est-ce que ça vous tenterait «d'embarquer»?
7. Qu'est-ce qui fait que c'est *facile* pour vous de faire de l'activité physique?
8. *Si vous ne faisiez plus d'activités physiques*, est-ce que ça changerait quelque chose dans votre vie? Quoi? Expliquer.
9. Est-ce que vous pensez qu'une *femme de votre âge qui fait de l'activité physique* peut vivre plus longtemps ou être moins malade?

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) des activités offertes.
2. Quand il y a des activités, est-ce que c'est bien «annoncé» (information circule bien)?
3. Est-ce qu'il y a des activités que vous aimeriez faire et qui ne sont pas offertes près d'ici?
4. Est-ce qu'il y a des choses qui vous empêchent de faire certaines activités physiques ou d'en faire plus souvent? Quoi?
5. Êtes-vous satisfaite des activités auxquelles vous participez?
 - environnement
 - intervenants; le cas échéant. Par ex. Aimez-vous la présence d'un instructeur ou une instructrice? Comment vous aimez-vous qu'il/elle soit?
 - modalités (format, intensité, etc.)
 - installations (v.g. piscines, vestiaires, douches fermées ou non)

6. Qu'est-ce que vous conseilleriez à des responsables communautaires pour inciter les femmes dans la xx aine à être plus actives?

TRAJECTOIRE

1. Vous faites pas mal d'activités physiques maintenant, mais dans votre plus jeune temps (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), en faisiez-vous autant? Qu'est-ce que vous faisiez? (faire préciser activités, motifs et contextes)
2. Vous considériez-vous comme une sportive?
3. Vous considériez-vous comme une personne physiquement active?
4. Vos parents faisaient-ils de l'activité physique (exercice, sport, etc.)?

APPARENCE CORPORELLE

1. Est-ce que vous accordez de l'importance à votre apparence?
2. Qu'est-ce que vous faites pour être belle comme vous êtes?
 - maquillage (fréquence, quantité, sorte), coiffure (fréquence, teinture, style, lieu)
 - vêtements (style, type de magasin, fréquence);
 - poids (moyens utilisés)
3. Quand vous avez des sorties, est-ce que vous faites de spécial?
4. Qu'est-ce que vous pensez des crèmes pour rajeunir, puis toutes les choses qu'ils vendent pour avoir l'air jeune?
 - ? si elle avait bcp d'\$, est-ce que chirurgie plastique (par ex. remonter le visage)?
5. Est-ce qu'il y a des femmes dans la xxaine que vous trouvez belle? Qui? Pourquoi?
6. Si une compagnie de publicité décidait d'utiliser une femme dans la xxaine pour annoncer un costume de bain, auriez-vous l'impression que c'est «déplacé»?
7. Est-ce qu'il y a des choses que vous voyez chez des femmes de votre âge (e.g. vêtements, bijoux, parfums, coiffure) et que vous ne porteriez jamais parce que vous considérez que ce n'est pas approprié pour les femmes de votre âge?
8. Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez porter (e.g. vêtements, bijoux, parfums, coiffure) mais que vous vous refusez de porter parce que vous estimez que ce n'est pas votre âge.
9. Est-ce que vos goûts ont changé après la 50aine dans la façon de s'habiller, de se coiffer, de se maquiller, etc.
10. Pensez-vous que faire de l'activité physique ça peut aider à avoir «l'air jeune» (au niveau de l'apparence)?

« LE VIEILLIR »

1. D'après vous, à quel âge est-ce que vous pensez que les gens en général considèrent que les femmes sont vieilles?
2. Est-ce qu'il y a un moment donné où vous vous avez senti que vous n'étiez «plus jeune»? Pouvez-vous me raconter dans quel contexte c'est arrivé, ce que vous avez senti, fait, etc.
3. Est-ce que le monde autour de vous vous a déjà fait sentir que vous «n'étiez plus jeune»? Pouvez-vous me raconter ce qui est arrivé.
4. En vieillissant, certaines personnes vivent parfois des transformations dans leur corps (on se fatigue plus vite, on a des problèmes à digérer, on a des douleurs aux

articulations, on voit moins bien, etc.) avez-vous ressenti des changements comme ceux-là? Comment vivez-vous ça?

5. Est-ce que vous avez remarqué des transformations visibles sur votre corps (ex. modifications de l'apparence des cheveux, rides autour des yeux, de la bouche et le cou, plaque brunes, sécheresse de la peau, etc.) au cours des dernières années?
Comment vivez-vous ça?
6. Qu'est-ce que vous trouvez le plus dur/difficile à vivre dans la xxaine?
7. Qu'est-ce que vous aimez le plus du fait d'avoir dans la xxaine?
8. Est-ce que vous vous êtes donnée des objectifs, des choses à faire, à essayer, à expérimenter pour les années qui viennent? (Si vous aviez beaucoup d'argent, est-ce que vous seriez tentée de faire des voyages?)
9. C'est quoi, pour vous, quelqu'un qui «vieillit bien»?
10. Si vous aviez des conseils à donner à des jeunes pour «bien vieillir» qu'est-ce que vous leur conseilleriez?
11. Jusqu'à quel âge aimeriez-vous vivre?

LA SANTÉ

1. Est-ce que vous surveillez votre santé de près?
Qu'est-ce que vous faites pour la surveiller?
Est-ce que vous écoutez votre corps pour savoir si il y a quelque chose qui ne va pas?
Attendez-vous que votre corps vous donne des 'gros' signaux pour aller chez le médecin?
2. Il y en a qui disent qu'en vieillissant on est moins en forme. Est-ce qu'il y a des choses que vous faites pour vous garder «en forme» ou «en santé» et que vous ne faisiez pas avant?
3. Allez-vous souvent voir le médecin? AVANT, est-ce que c'était pareil? Pourquoi?
4. C'est quoi pour vous la santé? Pensez-vous que vous êtes en santé?
5. Qu'est-ce qui peut être fait, d'après-vous, pour améliorer la santé? (faire identifier les éléments et les faire prioriser)

ANNEXE 3

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

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

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE


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

Sous la direction de : Suzanne Laberge

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

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

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



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

Le 29 mars 2000.

ANNEXE 4

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

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

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

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

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

Courrier électronique : [REDACTED]

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

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

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

Courrier électronique : [REDACTED]

Co-chercheurs :

Hélène Dallaire, dép. de Sc. de l'activité physique, Université d'Ottawa

Philippe Voyer, Doctorant et professeur, dép. des Sc. de la santé, Université Laval

Note :

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

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

Objectifs de l'étude

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

Nature de la participation

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

Enregistrement de l'entrevue

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

Anonymat et confidentialité

Je m'attends à ce que la transcription corrigée de mon entrevue ne soit utilisée que pour les fins de recherche par Mme Laberge et ses collègues chercheuses et selon le respect de la confidentialité. Ainsi, la cassette et la transcription de mon entrevue seront conservées dans un classeur sous clé dans le bureau de Mme Laberge. La cassette de mon entrevue sera détruite à la fin du projet de recherche.

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

Copies du formulaire de consentement

Il y a deux copies du formulaire de consentement : une pour moi et l'autre pour les chercheuses. 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.

Rétribution

Une rétribution de 20 \$ me sera donnée, à la fin de l'entrevue, en guise de remerciement pour ma collaboration à l'étude.

Pour les participantes du Québec : Pour tout renseignement additionnel, j'ai été informée du fait que je pouvais communiquer avec Mme Laberge au numéro de téléphone indiqué au début du formulaire. Pour toute plainte concernant la conduite éthique du projet de recherche, j'ai été informée que je pouvais m'adresser à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé, Mme Jocelyne St-Arnaud au numéro de téléphone (514) 343-7619).

Pour les participantes de l'Ontario : Pour tout renseignement additionnel, j'ai été informée du fait que je pouvais communiquer avec Mme Rail au numéro de téléphone indiqué au début du formulaire. Pour toute plainte concernant la conduite éthique du projet de recherche, j'ai été informée que je pouvais m'adresser à M. Howard Halper, Vice-recteur à la recherche de l'Université d'Ottawa, au numéro de téléphone (613) 562-5270.

Participante : _____
Signature Date

Intervieweuse :

Je, (nom en lettres moulées) _____

déclare avoir expliqué le but, la nature et les inconvénients de l'étude à la participante ci-dessus nommée. Je m'engage à la plus stricte confidentialité relativement aux renseignements de toute nature que je recueillerai au cours de l'étude. Il est entendu que je serai tenue responsable de ma divulgation de renseignements pouvant causer préjudice soit aux personnes interviewées, soit aux responsables de l'étude.

Intervieweuse : _____
Signature Date

ANNEXE 5

Article de vulgarisation scientifique

Dumas, A., Laberge, S., Rail, G., Dallaire, H., Voyer, P. (2001). Conceptions de la prévention dans le contexte du vieillissement : le cas de l'activité physique. *Le Gérontophile*, 23(4), 39-42.

CONCEPTIONS DE LA PRÉVENTION DANS LE CONTEXTE DU VIEILLISSEMENT : LE CAS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE.

Alexandre Dumas*, Suzanne Laberge*,

Geneviève Rail**, Hélène Dallaire**, Philippe Voyer***

* Université de Montréal ** Université d'Ottawa *** Université Laval

Communément, on a tendance à penser que les habitudes de vie s'acquièrent dès l'enfance et qu'elles deviennent difficilement modifiables à mesure qu'on avance en âge. Si l'on s'appuyait sur de telles prémisses, on serait porté à croire que les aînés qui n'ont pas développé de pratiques préventives face à la maladie durant la jeunesse auraient peu de chance d'en développer au cours du vieillissement. Cette dernière pourrait-elle être, au contraire, une période favorable à l'adoption de pratiques préventives en matière de santé?

Le présent article s'inscrit dans le cadre d'une étude présentement en cours sur la santé, l'activité physique et le bien-vieillir auprès d'aînées issues de milieux populaires¹ (voir l'article de Laberge et coll. dans ce numéro pour les informations relatives à la méthodologie de la recherche). Nous présentons ici les résultats d'une analyse préliminaire des conceptions de ces aînées en matière de prévention et, plus particulièrement, en ce qui a trait à la pratique d'activités physiques. Nous voulions savoir dans quelle mesure la vieillesse constitue une période propice à l'adoption de pratiques préventives en matière de santé dans le contexte particulier de la vie des milieux populaires. Les données ici analysées proviennent d'un sous-échantillon de

l'étude globale, soit les entrevues réalisées auprès des femmes âgées de 65 à 75 ans résidant à Montréal (n = 20) et à Laval (n = 20).

Peu d'auteurs se sont penchés sur la question de la conception de la prévention chez les aînés. Des études empiriques ont montré que les individus issus de milieux moins favorisés acquièrent un rapport au corps qui les prédispose à adopter une vision de la santé peu favorable aux pratiques préventives (Paquet, 1989). Cependant, peu d'études ont traité des effets du vieillissement sur les conceptions de la santé et de la prévention.

La prévention au niveau de la santé peut se définir comme une approche qui vise à réduire les facteurs de risque et à adopter des comportements qui atténueraient des malaises particuliers (Nutbeam, 1996). Les spécialistes distinguent la prévention primaire de la prévention secondaire; la première renvoie aux actions visant à prévenir l'apparition initiale d'une maladie alors que la seconde renvoie aux actions qui visent à ralentir l'aggravation de maladies ou à les guérir (Nutbeam, 1996; Barker, 1999).

Conception de la santé et prévention

Chez les aînées interviewées, nous notons que deux pôles semblent se dessiner sur le plan des conceptions de la santé, celles-ci étant étroitement liées à la prévention. D'une part, la santé est décrite comme un projet en devenir, un état qui peut être atteint et perdu :

Si on perd la santé, même si on est bien riche, on ne peut pas l'acheter. La première chose qu'il faut faire, c'est [de s'occuper de] sa santé (...). Une

femme doit être bien dans sa peau, prendre soin d'elle, faire des activités, et ne pas se laisser aller. (Marguerite)ⁱⁱ

D'autre part, la santé est perçue comme un état relativement peu contrôlable et pouvant être faiblement amélioré. Les aînées soulèvent principalement l'âge, la biologie ou le destin comme freins à l'amélioration de leur santé :

Je sais que je ne peux pas lutter contre la vie. Je ne suis pas assez capable, (...) Bien j'essaye de la prendre [la vie] quand même (...) Moi je pars du principe que je ne suis pas capable. (Alice)

Les différentes conceptions de la santé ainsi que les habitudes de vie qui en découlent paraissent fortement influencées par les conditions de vie et expériences des aînées. Celles qui ont eu un passé d'extrême pauvreté, caractérisé par des conditions de vie difficiles, adoptaient une vision plus pessimiste à l'égard de l'amélioration de leur santé et étaient plus « passives » quant aux moyens qui favoriseraient leur santé. En revanche, celles qui avaient des conditions de vie un peu plus favorables, semblaient adopter une approche plus optimiste et étaient plus actives dans la recherche et dans l'application de moyens favorisant une bonne santé.

Investir dans l'avenir

La prévention suppose une vision de la vie à long terme : on investit aujourd'hui pour demain. À ce sujet, les données laissent entrevoir un rapport au temps chez les aînées qui peut nous aider à mieux comprendre pourquoi les gens de milieux moins favorisés ont tendance à avoir une attitude peu favorable à la prévention. Boltanski dans son étude sur la consommation médicale propose comme explication que les personnes ayant un faible revenu pourraient difficilement adopter

une attitude de prévision (p. ex. , la planification à long terme des décisions d'achats) dans le domaine économique; des conditions de vie difficiles entraîneraient ainsi souvent l'intériorisation d'un *ethos* et d'une attitude à l'égard du temps qui seraient incompatibles avec l'adoption d'une attitude de prévision face à la maladie (1971 : 222).

Les aînées qui se préoccupent peu de la prévention manifestent en général une vision à court terme, ne planifient que quelques jours à l'avance et ne voient pas la pertinence d'investir sérieusement dans leur santé dans le contexte du vieillissement. Ce « vivre au jour le jour » n'exclut pas totalement l'adoption de pratiques préventives; elles se limitent toutefois à des pratiques occasionnelles, telles que le contrôle alimentaire, la prise de médicaments, l'évitement d'abus et la pratique d'une activité physique de faible intensité. Elles tendent cependant à composer avec leur état actuel de santé :

Je prends la vie comme elle vient, pourquoi je me casserais la tête. Dis-moi-le? Ça me donne quoi? Tu ne le sais pas si demain matin tu vas être morte.
(Mariely)

Par ailleurs, les répondantes qui se préoccupaient davantage de la prévention semblaient adopter une perspective orientée vers l'avenir. Malgré leurs conditions d'existence, ces aînées se sont montrées favorables à adopter et à maintenir des pratiques préventives. Elles se fixent des modes de vie plus réguliers en vue d'améliorer leur santé et d'atteindre l'objectif de demeurer autonome le plus longtemps possible. Les régimes alimentaires, les suivis réguliers chez le médecin, le contrôle des abus et la pratique régulière d'activités physiques figurent parmi les

pratiques les plus courantes. Ces femmes concevaient ce mode de vie comme nécessaire à leur bonne santé. Dans plusieurs cas, elles signalaient que les relâchements temporaires leur avaient occasionné des pertes évidentes au niveau de leur santé. En envisageant l'avenir, leurs pratiques visent l'amélioration de leurs conditions actuelles et l'adoption de moyens pour prévenir l'aggravation des maladies :

Je me dis toujours: « j'espère que je vais être encore capable dans deux ans, dans trois ans, à 70 ans! » Moi, je prends toujours l'exemple de ma mère qui a 92 ans, puis qui est toujours en santé. (Isabelle)

Les conditions et expériences de vie des aînées agissent de diverses façons sur les attitudes préventives. Qu'en est-t-il des impacts du vieillissement?

La prévention dans le contexte du vieillissement

Lorsque questionnées sur leurs conceptions de la santé, la grande majorité des participantes ont signalé qu'elles avaient accordé peu d'importance à la prévention des maladies au cours de leur vie adulte. Les valeurs de l'époque, le manque de temps ainsi que la pauvreté ont figuré parmi les raisons les plus importantes qui expliquaient ce désintéressement. En général, nous constatons que les aînées interviewées se sont peu souciées de la prévention primaire au cours de leur vie.

C'est à la suite de l'analyse des trajectoires de vie des participantes que nous avons pu saisir la présence de modèles de stabilité ou de variation dans le temps au plan des conceptions de la prévention. Nos données suggèrent que la prévention secondaire prend nettement de l'importance avec l'avancement en âge. En effet, la

majorité des femmes adoptent plus fréquemment des pratiques préventives au cours de cette période qu'au cours de leur vie adulte.

La vieillesse comme catalyseur de la prévention

Certaines conditions réunies lors de la période de la vieillesse semblent favoriser un « réveil » quant à l'intérêt porté à la prévention. L'accroissement de temps libre, l'apparition plus fréquente de malaises, les conseils de médecins ainsi que la perte d'êtres chers sont souvent mentionnés comme facteurs ayant suscité la réflexion autour de la prévention :

Je suis plus active maintenant. Avant je m'occupais plus de mes enfants. Quand on élève six enfants, je n'avais pas le temps d'aller prendre des marches à part quand j'avais des commissions à faire. (...) je suis plus en forme que quand j'étais jeune. C'est que j'ai moins de responsabilités, je n'ai que moi-même à m'occuper. (Karine)

Cependant, certaines sont plus engagées que d'autres à prévenir la maladie et à améliorer leur santé. Pour ces dames, la vieillesse devenait une période où l'attention portée à l'égard de la santé devait être accrue. Il devenait donc possible de repousser les effets les plus indésirables de la vieillesse :

Il était temps que je me grouille pour empêcher des malaises, ça prévient (...) On doit toujours veiller plus à sa santé, on le sait plus qu'on vieillit! Je n'aimerais pas ça être malade, des années malades, ce n'est pas drôle (...) Ça me motive à faire de l'exercice. Il a des matins que ça me tente pas, pantoute, je me dis : « ah non pas ça! » Mais je me conditionne. (Marielle)

La place prépondérante du médecin dans l'adoption de pratiques préventives

Le médecin occupe un rôle central dans le développement des attitudes préventives. La détection de malaises ainsi que le suivi régulier semblent être des sources de prise de conscience et d'incitation à adopter des pratiques préventives. Les conseils du médecin visant à guérir ou à prévenir l'aggravation de malaises sont pris très au sérieux par les aînées. Plusieurs aînées interviewées ont affirmé qu'elles se sont mises à faire de l'activité physique en raison de l'insistance du médecin :

Bien, j'en fais (de l'activité physique), le médecin me l'a dit : tant que je suis capable, ça peut m'aider à passer le temps qu'il me reste à vivre à être autonome. (Karine)

La consommation de médicaments préventifs, le recours à une alimentation équilibrée ainsi que les suivis réguliers de la santé figurent parmi les pratiques préventives identifiées qui ont été conseillées par les médecins. Nous avons aussi constaté que la pratique d'activités physiques était prescrite par les médecins comme un remède au stress, à l'angoisse et à la solitude. À ce sujet, des aînées ont indiqué avoir commencé des activités physiques régulières à la suite d'une recommandation du médecin.

Plusieurs femmes ont soulevé l'angoisse qui s'installe avec le vieillissement; les professionnels de la santé leur ont proposé l'activité physique comme moyen de « se changer les idées » et de « se garder occupées » afin de conserver la bonne humeur :

L'angoisse détruit la santé (...) juste le fait de changer d'air, de changer de place, ça calme. Se changer les idées c'est un bon remède, c'est un bon médicament. (Hillary)

Le cas de l'activité physique comme pratique préventive

Nos données indiquent que l'activité physique *envisagée comme pratique préventive quotidienne* ne faisait pas partie de la culture des aînées dans les périodes antérieures de leur de vie. Ce manque d'intérêt face à la prévention a été justifié par l'absence de valorisation de l'activité physique dans leur milieu social, scolaire et familial d'autrefois. Par ailleurs, signe des temps, aujourd'hui la plupart des aînées perçoivent l'activité physique comme une pratique préventive.

Malgré un certain consensus sur la reconnaissance des bienfaits de l'activité physique sur la santé, nous notons des différences importantes sur le plan de sa pratique régulière. D'une part, les aînées qui sont physiquement peu actives conçoivent l'activité physique comme une « obligation » faisant entrave à leur liberté, celle-ci ayant été durement acquise au cours de leur vie. Pour ce groupe, la vieillesse signifiait une période de repos et libre d'obligations. Les références nombreuses à leur passé, marqué par des travaux physiques épuisants, associent l'activité physique à une charge supplémentaire dénuée de plaisirs :

Si j'en fais chez nous, c'est parce que ça me tente, quand ça ne me tente pas, j'arrête. Je ne fais plus ce que je n'aime pas faire, parce que j'en ai assez fait dans ma vie. Je me suis assez sacrifiée dans ma vie. Là, je fais juste ce que j'aime. La fin de semaine je reste chez-nous. Si on me ne sort pas, je ne sors pas. (Mariely)

Plusieurs ont également noté que leur âge et leur condition physique les exposeraient davantage aux blessures. D'autres estiment que l'activité physique est davantage appropriée pour les jeunes.

D'autre part, les aînées qui s'adonnent à des activités physiques de façon régulière ont une conception nettement divergente de celles qui sont peu actives :

Pour moi, c'est bon pour la santé, ce qui est physique. Après avoir travaillé, il ne faut pas que tu t'assoies et que tu « t'effoires ». Tu peux te reposer une demi-heure mais après ça tu pars, tu t'en vas faire une marche. Si tu ne fais pas autre chose et bien au moins [fais] ta marche... (Isabelle)

Pour ces femmes, les activités préventives telles que la marche, l'aquaforme, le patinage ou l'exercice quotidien sont perçus comme un loisir. D'une part, l'activité physique se présente comme une fin en soi. Elle semble s'intégrer à leur mode de vie et constituer une source quotidienne de bien-être. D'autre part, la pratique régulière vise à prévenir certains malaises courants du vieillissement. Ainsi, l'activité physique était envisagée, par exemple, comme un moyen de contrôler la pression artérielle, de développer son tonus musculaire pour la prévention de chutes, ou de permettre de mieux digérer ou de relaxer :

C'est mieux la culture physique. Moi je trouve qu'il faut avoir ça. Ça donne de l'énergie puis tu es plus souple, il me semble. Parce que des fois je viens pour tomber puis je peux me retenir. Il paraît que si on ne grouille pas, on rouille! (Audrey)

Conclusion

Les résultats préliminaires de l'étude suggèrent que la vieillesse constitue une période propice à l'adoption ou au maintien des pratiques préventives. Bien que les conditions d'existence ainsi que la culture des aînées ne les prédisposaient pas à de la prévention, il semble que certains aspects de la vieillesse favorisent une telle attitude. De plus, une bonne majorité d'aînées ont commencé à valoriser plus spécifiquement la pratique de l'activité physique comme pratique préventive en vieillissant. Celles qui étaient plus actives physiquement ont inclus l'activité physique aux autres pratiques préventives faisant partie de leur mode de vie. Les résultats présentés nous incitent à croire que l'intervention relative à la prévention en matière de santé chez les aînées de milieux populaires serait très profitable.

RÉFÉRENCES

- Barker, Robert L. (1999). *The Social Work Dictionary* (4th ed.). Washington, DC : NASW.
- Boltanski, Luc. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales: économie, société, civilisation* 36 (1), 205-233.
- Nutbeam, Don. (1996). Health Promotion Glossary. In Pan American Health Organization (éd.). *Health Promotion : An Anthology* (pp. 343-359). Washington, DC : World Health Organization.
- Paquet, Ginette. (1989). *Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle*. Ville St-Laurent, Institut québécois de recherche sur la culture.

ⁱ Cette étude, réalisée à Montréal, Laval et Ottawa, a reçu le soutien financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada dans le cadre du programme stratégique La société, la culture et la santé des Canadiens.

ⁱⁱ Les noms associés aux citations sont des pseudonymes choisis par les femmes interviewées.

ANNEXE 6

Article de vulgarisation scientifique

Dumas, A. (2002). Vieillesse et apparence corporelle : Comment les femmes québécoises vivent-elles les transformations? Le Jumelé, Hiver, pp.8-9.

Vieillesse et apparence corporelle :**Comment les femmes vivent-elles les transformations?**

Alexandre Dumas, Université de Montréal

Que ce soit à l'intérieur d'une relation amoureuse, au sein d'un environnement de travail ou dans le cadre de relations sociales, la présentation de soi demeure une préoccupation constante, et ce, surtout pour les femmes. Or, qu'en est-il pour celles qui entament les dernières étapes de leur parcours de vie? Est-ce que le souci accordé à l'apparence corporelle se manifeste différemment au fil des ans? Ces questions ont été abordées dans le cadre d'un projet de recherche doctoral entrepris au Département de kinésiologie de l'Université de Montréal¹. Il vise à comprendre le sens et l'importance attribués à l'apparence corporelle chez les femmes âgées dans une société où les normes de beauté et de séduction sont associées à la jeunesse.

La prise de conscience de l'âge

Cet intérêt pour l'apparence corporelle pourrait s'expliquer par son caractère multidimensionnel, qui au-delà des questions de beauté cosmétique, est perçu comme le reflet des conditions personnelles et sociales d'un individu. D'ailleurs, plusieurs femmes interrogées jugent souhaitables de s'investir dans leur image jusque dans les phases très tardives de leur vie. Cependant, bien qu'elles jugent avoir un contrôle sur celle-ci, les transformations suscitées par le vieillissement ont été rapportées comme une conséquence inévitable qui n'est pas forcément positive, surtout lorsqu'elle est mise en lumière par les canons esthétiques ambiants. Pour celles qui n'éprouvaient

pas de problèmes majeurs de santé, leur apparence trahissait dans une certaine mesure, la manière dont elles vivent la vieillesse. Ce phénomène parfois appelé le *masque du vieillissement* représente bien la tension existante entre l'image externe projetée et l'expérience interne ressentie : « Je suis consciente de la vieillesse seulement quand je regarde dans le miroir » (Roja, 67 ans, fonctionnaire retraitée). Alors, on peut se poser la question : comment ces femmes vivent-elles ce changement ?

Cette phase transitoire, de se voir vieillir, a été vécue difficilement par celles qui avaient fortement investi dans leur apparence au cours de leur vie. C'est notamment sur le plan des fluctuations de poids que les transformations ont été les plus durement ressenties. Pour celles se jugeant moins soucieuses de leur apparence, la vieillesse constituait une période suscitant peu de préoccupations particulières ou comme le souligne Marguerite à 75 ans, une période de soulagement face aux normes rigides de beauté présentes dans les phases antérieures de sa vie : « Quand j'étais plus jeune, je voulais séduire les hommes, mais là, je n'ai personne à séduire. Là, j'ai la tête tranquille ».

Dans l'ensemble, c'est leur perception d'impuissance devant la maturation biologique qui contribue à reconnaître et à composer avec cet aspect de la vieillesse : « Je ne m'arrête pas à ça [vieillir]. Ça, c'est une roue, puis à roule puis t'es pas capable de l'arrêter » (Denise, 73 ans, serveuse). Ce faisant, elles s'identifient à d'autres normes de beauté adaptées à leur réalité.

La réévaluation des normes d'apparence corporelle

Plusieurs d'entre-elles ont signalé leur éloignement à l'égard du modèle corporel idéalisé dans notre société. Elles suggèrent que les critères associés à l'apparence doivent prendre d'autres formes que ceux présents chez les générations plus jeunes. Le vieillissement a donc entraîné une réévaluation des normes d'apparence. Ces normes ne se limiteraient plus à la façade des individus mais davantage à l'intégralité de la personne. Ces femmes se sont dites moins préoccupées qu'auparavant par les fonctions sociales et séduisantes de la parure. Elles privilégient ainsi l'image de la femme féminine en santé et qui ne se laisse pas aller : « Quand on se laisse aller, on sait qu'il y a quelque chose qui ne va pas! » (Maya, 66 ans, travailleuse sociale retraitée). Des caractéristiques de la présentation de soi, telles le teint de la peau, l'autonomie, la force et l'agilité ainsi que des traits comportementaux dits « féminins » sont ressortis fortement lors des entrevues : « Je trouve ça extrêmement important la féminité. Je trouve que pour moi, ce n'est pas juste dans l'apparence du corps, c'est aussi dans la façon de s'exprimer, dans le ton de la voix aussi et puis dans la façon d'apostropher les gens » (Suzanne, 67 ans, travailleuse sociale retraitée)

L'expérience fait-elle la différence?

C'est le regard qu'elles portent sur les générations plus jeunes qui leur permet de relativiser la primauté accordée à l'apparence corporelle sans pour autant éprouver de la nostalgie. Même si certaines d'entre-elles recherchent toujours la beauté cosmétique, il est clair que cette quête est abordée différemment que dans leur jeunesse. Le vieillissement semble avoir favorisé un détachement face aux obligations

externes. Elles s'accordent ainsi une plus grande liberté quant au degré d'investissement vis-à-vis l'apparence corporelle : « Avant c'était pour plaire à mon mari, puis ensuite, j'ai continué, pour moi-même » (Marielle, 74 ans, ménagère).

Pour conclure, sans vouloir se réduire au cliché que la sagesse va de pair avec la vieillesse, il demeure que ces femmes âgées ont accumulé dans leur parcours de vie l'expérience et le recul nécessaire qui remettraient en question de puissants conditionnements sociaux du rapport au corps des femmes. Qu'importe les influences de classe sociale et des spécificités ethniques, les discours présentés se rejoignent entre-eux. L'âge serait-il un facteur rassembleur pour les femmes âgées sur cette question de l'apparence?

¹ Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un projet plus vaste portant sur la pratique d'activité physique et la santé d'ainées de 65-75 ans, dirigé par Suzanne Laberge du Département de kinésiologie de l'Université de Montréal.

