

Université de Montréal

**Développement des dimensions du capital culturel dans l'étude des inégalités sociales
liées au tabagisme chez les jeunes adultes**

Par Thierry Gagné

**Département de médecine sociale et préventive
École de santé publique de l'Université de Montréal**

Mémoire présenté à l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal en vue de
l'obtention du grade de Maîtrise en santé communautaire, option recherche

Août, 2014

© Thierry Gagné, 2014

RÉSUMÉ

La théorie du capital culturel est de plus en plus utilisée en santé publique et pourrait être utile à l'étude des inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes. Ceux-ci véhiculent une haute prévalence du tabagisme et plusieurs particularités qui font d'eux un groupe cible qui mérite davantage d'attention. Cependant, le développement du capital culturel porte encore peu de consensus quant à sa définition et son opérationnalisation. Nous proposons un nouveau cadre de référence autour de trois dimensions – champs, générations et états – et établissons une application empirique de celui-ci en étudiant l'association entre certains indicateurs du capital culturel et le tabagisme des jeunes adultes. Nous utilisons les données du projet *Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking* qui a recruté 2 093 jeunes adultes à Montréal, Canada en 2011-2012. Nos variables dépendantes sont le statut tabagique courant et le nombre de cigarettes fumées dans une journée. Nous examinons les corrélations entre les indicateurs de capital culturel et leur association avec le tabagisme au travers de modèles de régression hiérarchique logistique et linéaire. Nous observons de faibles associations entre les indicateurs retenus. Nous observons aussi que les indicateurs du capital culturel liés aux champs de la santé et de l'éducation, chez les participants et leurs parents, étaient tous associés au comportement tabagique. A la lumière de notre cadre de référence, une approche multidimensionnelle à l'utilisation du capital culturel peut nous permettre de mieux comprendre les inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes.

MOTS-CLÉS

Capital culturel, éducation, comportements de santé, inégalités sociales, tabagisme, jeunes adultes

ABSTRACT

Cultural capital theory is increasingly examined in public health and might be useful to study social inequalities in smoking among young adults. This population suffers a high smoking prevalence and many of their social characteristics make them an important target population for research. However, research does not provide a consensual view on the definition and operationalization of cultural capital throughout the literature. We propose here a new conceptual framework using three dimensions – fields, generations and states – and provide an empirical application by examining the associations between selected cultural capital indicators and smoking behaviour in young adults. We used data from the *Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking* project, which recruited 2,093 young adults from Montreal, Canada in 2011-2012. We used as dependent variables current smoking status and the number of cigarettes smoked daily in smokers. We examined the correlations between cultural capital indicators and the associations with smoking outcomes using hierarchical logistic and linear regression models. We found weak correlations among our indicators. We found associations between indicators and smoking outcomes in both the fields of education and health and in both generations. In light of our framework and results, we found that a multidimensional approach may provide a better understanding of instances and mechanisms promoting social inequalities in smoking among young adults.

KEYWORDS

Cultural capital, education, health behaviours, social inequality, smoking, young adults

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	ix
REMERCIEMENTS.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 REVUE DE LITTÉRATURE.....	6
1.1 Tabagisme : prévalence, conséquences, inégalités et obstacles.....	7
1.1.1 Tabagisme chez les jeunes adultes.....	8
1.1.2 Inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes	10
1.1.3 Comprendre les caractéristiques derrière les inégalités sociales.....	14
1.1.4 Vers une nouvelle approche théorique.....	17
1.2 Capital culturel.....	18
1.2.1 Définition.....	18
1.2.1.1 Théorie des capitaux.....	18
1.2.1.2 États du capital culturel.....	20
1.2.1.2.1 État incorporé.....	21
1.2.1.2.2 État objectivé.....	21
1.2.1.2.3 État institutionnalisé.....	22
1.2.2 Développement théorique en santé publique.....	22
1.2.3 Application empirique en santé publique.....	24
1.2.3.1 Indicateurs liés aux pratiques culturelles.....	25
1.2.3.2 Indicateurs liés à l'éducation.....	26
1.2.4 Capital culturel et le tabagisme chez les jeunes adultes.....	28
1.2.4.1 Applications du capital culturel dans l'étude du tabagisme chez les jeunes adultes.....	28
1.2.4.2 Pourquoi étudier le capital culturel dans ce contexte?....	29
CHAPITRE 2 OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	32
CHAPITRE 3 CADRE THÉORIQUE.....	36
3.1 Conceptualisation des dimensions du capital culturel en santé publique.....	37
3.2 Cadre théorique.....	39
3.2.1 Champs.....	41

3.2.1.1	Champ de la santé.....	42
3.2.1.2	Comportements de santé et « logique pratique »	43
3.2.1.3	Champ de l'éducation.....	44
3.2.2	Génération.....	46
3.2.2.1	Mécanismes dans le champ de la santé.....	47
3.2.2.2	Mécanismes dans le champ de l'éducation.....	47
3.3	Vers une application empirique.....	49
CHAPITRE 4	MÉTHODOLOGIE.....	51
4.1	Description de l'étude.....	52
4.1.1	Population et stratégie d'échantillonnage.....	52
4.1.2	Considérations éthiques.....	53
4.1.3	Échantillon.....	54
4.2	Données.....	54
4.2.1	Mesures.....	54
4.3	Analyses statistiques.....	57
CHAPITRE 5	ARTICLE.....	59
COVER PAGE	.....	60
ABSTRACT	.....	61
MAIN TEXT	.....	62
INTRODUCTION	.....	62
CONCEPTUAL FRAMEWORK	.....	64
1.	Fields.....	64
2.	Generations.....	66
3.	States.....	68
EMPIRICAL APPLICATION	.....	70
Data	.....	70
Measures	.....	71
Analyses	.....	72
RESULTS	.....	73
DISCUSSION	.....	75
Fields of education and health	.....	76
Generations and intergenerational processes	.....	77
States	.....	78

Limitations.....	78
CONCLUSION.....	79
REFERENCES.....	88
CHAPITRE 6 DISCUSSION.....	94
6.1 Retour sur les objectifs.....	95
6.2 Retour sur les résultats.....	95
6.2.1 Association entre les indicateurs du capital culturel.....	95
6.2.2 Association avec le comportement tabagique.....	97
6.2.2.1 Champs de l'éducation et de la santé.....	97
6.2.2.2 Générations et processus intergénérationnels.....	98
6.3 Limites.....	100
6.3.1 Au près du cadre de référence.....	101
6.3.2 Au près de l'application empirique.....	103
6.4 Portée pour l'intervention et la recherche.....	104
CONCLUSION.....	107
RÉFÉRENCES.....	109
ANNEXE 1 Approbation éthique.....	123
ANNEXE 2 Formulaire de consentement.....	127
ANNEXE 3 Procédure de recrutement des participants.....	131
ANNEXE 4 Description de l'échantillon ISIS.....	133
ANNEXE 5 Définition opératoire des variables.....	136
ANNEXE 6 Questionnaire ISIS	138

LISTE DES TABLEAUX

Dans l'article :

Table 1	Sample characteristics.....	84
Table 2	Polychoric correlations among cultural capital indicators.....	85
Table 3	Hierarchical logistic regression of current smoking status on cultural capital indicators.....	86
Table 4	Hierarchical linear regression of number of cigarettes smoked daily on cultural capital indicators.....	87

LISTE DES FIGURES

Dans le mémoire :

Figure 1	Cadre théorique de l'approche des capitaux en santé.....	20
Figure 2	Cadre conceptuel pour comprendre la relation entre le capital culturel et les inégalités de santé.....	40

Dans l'article :

Figure 1	A theoretical framework for understanding the relationship between cultural capital and health inequalities.....	81
Figure 2	Empirical application using indicators from the ISIS data	82
Figure 3	Measuring cultural capital as a unidimensional or multidimensional concept.....	83

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

CAI	Commission d'accès à l'information
CCHS	<i>Canadian Community Health Survey</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CERFM	Comité d'éthique à la recherche de la Faculté de Médecine
CI	<i>Confidence interval</i>
CLSC	Centre local de santé communautaire
CTUMS	<i>Canadian Tobacco Use Monitoring Survey</i>
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ISIS	<i>Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking</i>
OR	<i>Odds ratio</i>
RAMQ	Régie de l'Assurance Maladie du Québec
SD	<i>Standard deviation</i>
SSE	Statut socioéconomique
USDHHS	<i>United States Department of Health and Human Services</i>

REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la production de ce document. Je remercie particulièrement ma conjointe Vanessa, mes parents, mes compagnons de guerre Annie et Adrian et ma superviseure Kate. Je remercie aussi Andrée Demers pour m’ avoir fait découvert le champ de la santé, Yan Sénéchal pour m’ avoir épaulé après mon baccalauréat, Lise Gauvin, Slim Haddad et Jennifer O’Loughlin pour m’ avoir initié à la recherche en santé publique et Thomas Abel pour m’ avoir offert ma première expérience de collaboration. Je remercie finalement les autres membres du projet ISIS qui m’ ont aidé dans les deux dernières années : Martine Shareck, Rowena Agouri, Josée Lapalme et Julie Vallée.

INTRODUCTION

1. Entre inégalités sociales, tabagisme et jeunes adultes

Depuis maintenant longtemps, nous savons qu'au travers de nombreux procédés, les individus défavorisés sont amenés à se prévaloir d'une moins bonne santé (Marmot, 2005). Les comportements de santé, la mortalité, la santé physique ou mentale ... Toutes ces issues de santé ont été associées à un ensemble de caractéristiques individuelles comme le revenu, l'éducation, l'occupation professionnelle ou l'ethnicité qui cachent chacun autant de mécanismes dans la distribution de la santé dans la population (Adler & Stewart, 2010).

La santé publique est maintenant championne de la description et de la surveillance de ces disparités. Il faut cependant aller au-delà et travailler à mieux comprendre le fonctionnement des mécanismes qui permettent leur apparition et leur reproduction (Campostrini & McQueen, 2014). Cette compréhension de ces disparités est d'autant plus importante qu'elles sont inscrites dans des inégalités sociales, où la vulnérabilité des individus découle non de différences biologiques ou environnementales, mais bien de différences culturelles et sociales dont les ramifications sont politiques (Graham, 2007).

Ces inégalités sociales de santé peuvent être illustrées de façon frappante au travers du tabagisme chez les jeunes adultes. Étant le groupe d'âge avec la prévalence du tabagisme la plus élevée, les jeunes adultes représentent une nouvelle cible pour la santé publique depuis les quinze dernières années (Freedman, Nelson, & Feldman, 2011). Ils sont au cœur d'un réseau de transitions de vie qui les différencient des adolescents et des adultes quant à leurs profils de consommation et aux risques associés à l'initiation et à l'arrêt de ce comportement. Parmi les facteurs de risque qui minent leur capacité à se prémunir du tabagisme, la recherche a su élaborer un portrait fort des inégalités sociales distinguant ceux-ci : les jeunes adultes moins nantis, avec un emploi précaire, une faible éducation et des parents moins instruits sont tous plus à risque de fumer, de fumer plus lourdement, de faire moins d'arrêts et d'échouer plus souvent lorsqu'ils tentent d'arrêter (Husten, 2007).

La prévention des nouveaux fumeurs et l'arrêt des fumeurs actuels étant l'un des plus grands défis de la santé publique du XXI^e siècle (Boyle et al., 2006), nous pensons que la lutte au tabagisme chez les jeunes adultes passe en partie par une meilleure compréhension des

conditions sociales par lesquelles les individus sont amenés à se prémunir ou non du tabagisme. Cette meilleure conceptualisation des caractéristiques sociales chez les individus est pressante. Malgré l'effort soutenu des gouvernements, l'effet des facteurs socioéconomiques comme l'éducation semble devenir de plus en plus important sur la santé dans le temps et les inégalités sociales liées au tabagisme sont constantes, voire même croissantes (Goldman et Smith, 2011, Reid, Hammond, Driezen, 2010, Nagelhout et al., 2012, Mackenbach, 2012).

2. Une nouvelle approche pour mieux observer les inégalités sociales ...

Pour ouvrir une plus profonde réflexion sur notre définition des caractéristiques sociales des individus, plusieurs chercheurs en santé publique ont récemment fait l'application du concept de capital culturel tel qu'établi par le sociologue Pierre Bourdieu (1979, 1986). Défini comme un ensemble de ressources individuelles qui représente les attitudes, les connaissances et les comportements qui découlent de l'éducation et du processus de socialisation au cours de la vie, ce capital culturel permet aux individus d'accéder activement à une meilleure santé par son utilisation et son accumulation (Malat, 2006).

La présentation originelle du capital culturel comme vecteur structurant des individus dans la société a permis à son auteur de créer une véritable école de pensée en sciences sociales qui persiste aujourd'hui après plus de quarante ans. Nous croyons que son concept, son élaboration subséquente par ses pairs et sa traduction récente en santé publique peuvent être fertiles pour contribuer à mieux comprendre les mécanismes qui permettent l'apparition et la persistance des inégalités sociales en santé. Dans ces dernières années, un nombre croissant d'études quantitatives et qualitatives ont examiné la façon dont le concept pouvait nous permettre de mieux comprendre les inégalités sociales liées à la mortalité, la santé physique et mentale, la santé infantile, l'utilisation des services de santé, la gestion du diabète et les habitudes alimentaires (Khawaja et Mowafi 2006, 2007, Fisman et al., 2012, Headey et Muffels, 2013, Kamin et al., 2013, Veenstra et Patterson, 2012, Dunt, Hage et Kelahar, 2010, Dubbin, Chang et Shim, 2013, Weaver et al., 2014).

Cependant, l'emprunt d'un concept théorique pour le développement de la santé publique n'est jamais sans difficulté. Alors que ce concept a été développé en sociologie générale depuis la fin des années '70, il ne s'établit dans les grandes revues de santé publique que depuis la dernière décennie (Abel, 2008). Dans le champ disciplinaire de l'éducation, le capital culturel est un concept dont l'opérationnalisation et la mesure sont encore débattues (Kingston, 2001, Lareau et Weininger, 2003). De la même façon en santé publique, il n'existe aujourd'hui aucun consensus sur la façon appropriée de définir et d'opérationnaliser le capital culturel. Dans le contexte d'engouement qui entoure ce concept, il faut prendre garde de suivre les étapes nécessaires pour assurer sa bonne utilisation.

3. Plan

Nous proposons dans les prochains chapitres, à partir d'une lecture critique de la littérature sur le capital culturel en santé, un raffinement du développement conceptuel du capital culturel afin d'explicitier ses différentes composantes et d'offrir une base appropriée à son étude empirique. Ensuite, nous ferons une application empirique de notre cadre de référence en étudiant l'association de différents indicateurs du capital culturel avec le comportement tabagique d'un large échantillon de jeunes adultes. Notre développement théorique nourrira notre travail empirique en guidant la façon dont on peut examiner et interpréter la distribution du tabagisme des jeunes adultes à partir de leur capital culturel. Notre travail empirique aura donc la double fonction de faire l'application de notre nouveau cadre théorique et d'avancer l'étude des inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes sous l'angle du capital culturel.

La première partie (Chapitre 1) reprendra notre problématique générale autour des pôles des inégalités sociales liées au tabagisme et du capital culturel chez les jeunes adultes. Nous y reprendrons d'abord une présentation synthétique de l'état des connaissances sur la distribution du tabagisme chez les jeunes adultes. Ensuite, nous présenterons la place des inégalités sociales dans le contexte du tabagisme et les limites actuelles à son étude afin d'introduire le concept de capital culturel. Nous reprendrons alors son contexte originel en sociologie pour ensuite présenter son développement théorique et son application empirique en santé publique. Cette partie conclura sur l'importance d'un nouveau regard dans la

compréhension des inégalités sociales liées au tabagisme et sur la nécessité d'un nouveau cadre théorique qui sache encadrer la complexité des mécanismes entourant le capital culturel et le tabagisme chez les jeunes adultes.

Nous concluons sur le travail à faire et présenterons nos objectifs de recherche au Chapitre 2 avant d'entreprendre notre présentation d'un nouveau cadre de référence du capital culturel dans le Chapitre 3. Nous y présenterons alors comment la théorie du capital culturel conçoit les ressources pertinentes pour promouvoir sa santé et se prémunir du tabagisme et ensuite quels sont les mécanismes par lesquelles ces ressources peuvent nous permettre de comprendre les inégalités sociales de santé. Nous décrirons ses dimensions principales et reprendrons en fonction de la littérature les indicateurs aptes à les mesurer.

Après coup, nous présenterons une application empirique partielle de notre cadre théorique en étudiant un ensemble d'indicateurs du capital culturel avec le comportement tabagique de jeunes adultes. Le Chapitre 4 reprendra notre méthodologie de recherche et le Chapitre 5, au travers du manuscrit *Developing dimensions of cultural capital for the study of health inequalities using smoking among young adults as a case example*, présentera les résultats de notre projet sous forme d'article. Nous reviendrons finalement sur le raffinement de notre cadre théorique et son application empirique lors de notre discussion (Chapitre 6).

CHAPITRE 1 - REVUE DE LITTÉRATURE

1.1 Tabagisme : prévalence, conséquences, inégalités et obstacles

Depuis la découverte en 1950 de Graham et Wynder aux États-Unis et de Doll et Hill en Angleterre du lien entre la cigarette et le cancer du poumon (Doll & Hill, 1950; Wynder & Graham, 1950), la lutte au tabagisme est l'un des axes majeurs de la promotion de la santé dans le monde. En plus d'être responsable de près de 90% des cas de cancer du poumon (CDC, 2014), l'étude du tabagisme a établi des liens concrets avec plusieurs types de maladies et de limitations : autres cancers, maladies cardiaques et cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques chez les adultes et les enfants, complications à l'accouchement, complications à la suite de chirurgies, etc. (Giovino, 2007). Le tabagisme apporte aussi d'autres conséquences sociales, par exemple avec un plus grand absentéisme au travail et une plus grande utilisation des systèmes de santé (Giovino, 2007). Sans compter les effets nocifs de la fumée secondaire, responsable de la mort d'environ 1 100 non-fumeurs annuellement au Canada seulement, c'est près d'un fumeur sur deux qui mourra des conséquences de sa consommation (Makomaski Illing & Kaiserman, 2004). Au final, plus de 6 millions d'individus dans le monde en meurent annuellement et près d'un milliard d'individus en mourront au cours de ce siècle (Boyle et al., 2006).

Au Canada, avec 37 000 décès annuels, le tabagisme est responsable de près de 17% de ces décès et représente la première cause évitable de mort prématurée (Baliunas et al., 2007; CTUMS, 2014; Makomaski Illing & Kaiserman, 2004). Le soutien des instances de santé publique ainsi que les changements de mœurs ont contribué à la réduction de sa prévalence de près du deux tiers, avec sa proportion passant de près de 53% à 16% entre 1950 et 2011 dans la population canadienne (Corsi et al., 2013; CTUMS, 2014). Malgré cela, cette tendance ralentit depuis les années '90 de façon à ce qu'il soit rendu aujourd'hui plus difficile d'observer des différences significatives d'années en années (CTUMS, 2014; Mendez, Warner, & Courant, 1998).

Une des différences sociodémographiques les plus importantes dans la prévalence du tabagisme est au niveau de l'âge, où le groupe des jeunes adultes (18-25 ans) accuse une prévalence supérieure à celle de tous les autres groupes d'âge (20% chez les 20-24 ans contre 16% dans la population générale au Canada) (CTUMS, 2014). De fait, la diminution dans le

temps du comportement tabagique a fait des gains beaucoup plus limités dans le groupe des jeunes adultes au Canada et aux États-Unis et certains rapports proposent que sa prévalence puisse même augmenter présentement dans le temps (O'Loughlin, Dugas, O'Loughlin, Karp, & Sylvestre, 2014; Reid, 2013; USDHHS, 2012).

1.1.1 Tabagisme chez les jeunes adultes

Une partie importante de la recherche sur le tabagisme s'est intéressée historiquement davantage au groupe plus jeune des adolescents. Avant l'avènement de certaines études encore récentes, comme celle de Wechsler et al. (1998) où ils ont observé qu'une partie notable des étudiants au collégial faisaient l'expérience de la cigarette après 18 ans, la majorité des chercheurs en santé publique concevait que l'initiation de la cigarette ne s'observait qu'à l'adolescence (Freedman et al., 2011). En effet, la plupart des individus qui font l'expérience de la cigarette le font avant 18 ans et plus les individus en font l'expérience tôt, plus ils sont à risque d'être dépendant à la nicotine et de devenir fumeur au cours de leur vie (USDHHS, 2012). Cependant, nous savons aujourd'hui qu'entre 15 et 30% des individus qui font l'expérience de la cigarette le font entre 18 et 25 ans et qu'une proportion croissante des individus qui en ont fait l'expérience ne deviennent fumeurs quotidiens qu'après 18 ans (Bernat, Klein, & Forster, 2012; Hammond, 2005; O'Loughlin et al., 2014).

Aujourd'hui, cette nouvelle problématique s'institutionnalise en santé publique alors que le dernier rapport américain du *Surgeon General* sur le tabagisme chez les jeunes a inclus pour la première fois le groupe des jeunes adultes comme une catégorie distincte (USDHHS, 2012). Les instances de santé publique ont intérêt à développer leur compréhension et leur action auprès des jeunes adultes. D'abord, la consommation tabagique commencée à l'âge du jeune adulte apporte déjà des conséquences néfastes sur la santé qui peuvent être visibles qu'après quelques années : troubles respiratoires, âge des poumons plus avancé, problèmes neurologiques et cognitifs ainsi que différents autres troubles physiologiques (Brook, Brook, Zhang, & Cohen, 2004; Nicola et al., 2013). Puisque le tabagisme agit de façon dose-réponse sur la santé, nous avons intérêt à agir tôt auprès de cette population chez qui les fumeurs sont pour la plupart encore récents et légers (Fagan et al., 2007). De plus, un nombre grandissant d'études montre que les effets sur la mortalité du tabagisme peuvent être résorbés si les

individus arrêtent avant l'âge de 35 ans (Husten, 2007). Ces notions sont importantes pour les interventions de santé publique, car les jeunes adultes sont plus intéressés que les adultes à vouloir arrêter de fumer, tentent plus souvent d'arrêter de fumer, mais tendent encore à sous-utiliser les ressources de cessation tabagique disponibles (Suls et al., 2012).

L'étude du tabagisme chez les jeunes adultes devrait s'émanciper des approches proposées chez les autres groupes d'âge et tenir compte de leur propre contexte. Les jeunes adultes diffèrent des groupes d'âge plus avancés, car une plus grande proportion des jeunes adultes sont fumeurs occasionnels et fument moins de cigarettes que chez les adultes (Hammond, 2005). D'un autre côté, lorsqu'on compare ce groupe à celui des plus jeunes, rien ne nous dit que ce sont les mêmes mécanismes qui permettent l'initiation du tabagisme chez l'adolescent qui promeuvent le tabagisme quotidien ou lourd chez le jeune adulte (Kestila, Koskinen, Martelin, Rahkonen, Pensola, Pirkola, et al., 2006). Pour expliquer ces différences, l'adolescence pourrait être une période moins exposée à certains facteurs de risque et la période des jeunes adultes, une où de nouveaux facteurs de risque pourraient apparaître (O'Loughlin et al., 2014).

Hammond (2005) propose qu'il soit dangereux de laisser de côté l'étude du tabagisme chez les jeunes adultes. D'abord, le groupe des jeunes adultes est devenu la cible principale des compagnies de tabac, qui eux ont déjà adapté leurs stratégies de *marketing* afin de promouvoir non seulement l'initiation, mais aussi la pérennisation du comportement tabagique chez les jeunes adultes. En effet, certaines formes de *marketing* direct auprès des jeunes adultes ont été associées avec une plus haute initiation et une plus faible réduction (Choi & Forster, 2014). Heureusement, jusqu'à maintenant, les campagnes médiatiques de masse des compagnies de tabac ne semblent pas avoir eu d'impact sur le tabagisme des jeunes adultes alors que les campagnes médiatiques antitabac des instances de santé publique ont un effet positif sur l'arrêt et la réduction du tabagisme (Terry-McElrath et al., 2013).

Ensuite, la période de vie des jeunes adultes comporte plusieurs transitions et événements de vie – nouveaux milieux de travail et d'éducation, changement dans les conditions d'habitation et dans les réseaux interpersonnels – qui permettent aux individus de changer leur comportement, que ce soit en faisant l'initiation du tabagisme, en l'intensifiant ou en le

cessant (Green et al., 2007). Ces transitions de vie subissent, elles aussi, plusieurs transformations sociales récentes – e.g. quitter plus tard le foyer familial, prolonger ses études, ne pas se marier – et il devient de plus en plus difficile de prédire quels seront leurs impacts sur ces comportements de santé (Settersten, 2008). De plus, il faut s’assurer d’examiner les différentes sous-populations présentes dans le groupe des jeunes adultes puisque la plupart des études se sont faites seulement chez la sous-population étudiante qui n’est pourtant qu’une partie de la population totale dans ce groupe d’âge (Green et al., 2007).

Finalement, nous ajoutons une troisième raison pour laquelle la santé publique doit continuer de se préoccuper du tabagisme chez les jeunes adultes. Son étude est importante puisque les profils de fumeur sont beaucoup plus diversifiés chez les jeunes adultes que chez les adolescents et les adultes. Klein et al. (2013) observent que les études longitudinales qui ont exploré les transitions de fumeur chez les jeunes adultes définissent de nombreux profils : fumeurs exploratoires, fumeurs tardifs, fumeurs continus et arrêtant (*quitters*). Les fumeurs représentent un groupe labile dont le comportement peut se moduler rapidement dans le temps, où les jeunes arrêtent et peuvent recommencer, mais qui peut aussi perdurer longtemps. Ces profils tabagiques représentent un phénomène particulier chez les jeunes adultes et n’intéressent les instances de santé publique que depuis relativement peu : par exemple, l’inclusion de la mesure du tabagisme occasionnel dans les grandes études gouvernementales ne date que des années ’90 (Klein, Bernat, Lenk, & Forster, 2013). De plus, la prévalence du tabagisme occasionnel diminue aussi plus lentement que le tabagisme quotidien dans le temps (CTUMS, 2014; Klein et al., 2013). Finalement, le tabagisme plus léger présent chez les jeunes adultes est important puisqu’il est un important prédicteur du tabagisme quotidien à l’âge adulte et une consommation faible de cigarette suffit pour avoir un effet délétère sur la santé.

1.1.2 Inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes

La lutte au tabagisme est ainsi centrale à la promotion de la santé des populations et pour ce faire, il est important d’examiner le groupe des jeunes adultes. La prévalence du tabagisme y est plus élevée et la cessation y est particulièrement intéressante, mais le comportement tabagique y est aussi plus difficile à saisir. Cependant, au-delà du groupe d’âge auquel ils

appartiennent, les individus ne sont pas exposés de façon égale aux risques liés à la consommation tabagique dans nos sociétés. Si la prévalence plus élevée du tabagisme chez les jeunes adultes peut être explorée au travers des transitions de vie qui les animent où ils sont alors exposés à de nouveaux milieux et de nouvelles relations, il existe une multitude d'autres facteurs qui marquent la capacité et la vulnérabilité des individus face au comportement tabagique entre 18 et 25 ans. Ces facteurs sont de tout ordre, par exemple avec la présence de politiques antitabac dans les lieux d'études ou de travail, la présence d'épiceries qui vendent des produits du tabac à proximité, l'importance des réseaux interpersonnels (famille, résidents du quartier, amis à l'école, collègues de travail, etc.) où les individus fument davantage, etc. (Centre Léa-Roback, 2009).

Dans la population générale, les groupes qui sont les plus à risque de devenir fumeur sont les sans-emplois, les sans-abris, les individus avec des problèmes de santé mentale, les prisonniers, les parents seuls ainsi que certains groupes d'immigrants et de minorité ethnique (Hiscock et al., 2012). En effet, une série importante de facteurs – dénommés déterminants sociaux – s'inscrivent dans les conditions socioéconomiques des individus. Ce que ces groupes, pour la plupart marginaux, partagent ensemble est un manque fondamental dans leurs conditions socioéconomiques, ce qui les rend plus vulnérables à un ensemble de comportements où s'inscrit le tabagisme (Hiscock et al., 2012).

Ce phénomène ne se réduit cependant pas à certains groupes marginaux dits « à risque » : c'est chacun des membres de nos sociétés qui est affecté différemment en fonction des conditions socioéconomiques auxquels ils ont accès face au risque tabagique. L'expression « gradient social de santé » est illustrative pour comprendre comment les comportements et les problèmes de santé sont distribués inégalement entre tous les différents groupes sociaux selon leur avantage socioéconomique. La notion de gradient sous-tend que chaque pilier du statut socioéconomique – e.g. le revenu, la profession ou l'éducation – procure un avantage presque linéaire sur la santé : chaque élévation dans son statut équivaut à un risque diminué, et ce autant pour le tabagisme que pour la grande majorité des comportements et problèmes de santé (Kosteniuk & Dickinson, 2003).

Dans la population générale, Hiscock et al. (2012) ont recensé entre 2005 et 2011 plus de 320 articles étudiant le lien entre les conditions socioéconomiques des individus et le tabagisme, et ce autant pour l'initiation, la quantité de cigarettes fumées, la cessation, les rechutes et la volonté d'arrêter de fumer. Ils recensent qu'on peut observer dans la majorité des pays des différences où la prévalence est associée au type d'emploi (manuel ou non-), au revenu, à l'éducation, à la défavorisation des quartiers où on retrouve du vandalisme et de la criminalité, au fait d'être propriétaire d'une voiture ou de son logement, etc. De fait, la possession d'une meilleure éducation, d'un meilleur revenu ou d'un meilleur emploi offre à chacun un ensemble de ressources qui ne sont pas accessibles à tous de façon égale : un foyer, un quartier ou un milieu de travail sain et sécuritaire, la capacité financière et cognitive de comprendre les méfaits du tabagisme et d'utiliser les services de cessation, un réseau social non-fumeur qui puisse nous supporter, etc. (Link & Phelan, 1995). De plus, Hiscock et al. (2012) observent que ces effets sont cumulatifs : les individus qui accumulent plusieurs désavantages ont un risque beaucoup plus élevé d'être fumeur. Ce désavantage est aussi intergénérationnel puisque le comportement tabagique et les conditions socioéconomiques des parents affectent tous deux le risque d'initiation tabagique.

Comme dans la population générale, plusieurs déterminants sociaux contribuent à la distribution inégale du tabagisme chez les jeunes adultes, comme la profession, le revenu ou l'éducation (Husten, 2007). Hansen et Chen (2007), dans leur revue des déterminants liés aux comportements de santé chez les adolescents et les jeunes adultes, observent un lien presque uniforme entre plusieurs déterminants sociaux et le tabagisme, recensant comme indicateurs l'éducation, le revenu et l'emploi des parents ainsi que d'autres facteurs contextuels comme le niveau socioéconomique du quartier de résidence ou de l'école.

Les jeunes adultes fumeurs moins nantis ont moins tendance à tenter d'arrêter de fumer ou à faire un arrêt tabagique réussi lorsque comparé aux jeunes adultes avec un meilleur revenu (Fidler, Ferguson, Brown, Stapleton, & West, 2013; Husten, 2007). Les jeunes adultes qui sont en emploi ont tendance à davantage fumer que les jeunes qui ne sont pas sur le marché du travail, et ce dans la majorité des secteurs d'activité (Caban-Martinez et al., 2011). Il existe aussi une grande disparité selon les types d'emploi, où les secteurs industriels (transport,

transformation de matières premières, machinerie lourde) accusent des prévalences plus élevées que les secteurs du commerce et des services (Caban-Martinez et al., 2011; USDHHS, 2012). Certains proposent que les jeunes adultes qui sont sur le marché du travail à un jeune âge représentent un groupe qui a décidé de quitter le parcours éducationnel et qui viennent de contextes défavorisés qui promeut le tabagisme (Caban-Martinez et al., 2011; O'Loughlin et al., 2014).

De la même façon, l'éducation a été associée chez les jeunes adultes au statut tabagique, à l'initiation tabagique et à la tentative d'arrêt : plus les jeunes adultes ont un haut niveau d'éducation, moins ils sont à risque face au comportement tabagique (Tjora, Hetland, Aaro, Wold, & Overland, 2012). On observe que les individus avec un plus haut niveau d'éducation ont aussi davantage tendance à utiliser les thérapies pharmacologiques de remplacement de la nicotine lorsqu'ils essaient d'arrêter (Husten, 2007). De fait, les jeunes adultes qui poursuivent une éducation postsecondaire et retardent la fondation d'une famille occupent les taux de tabagisme et de dépendance à la nicotine les plus faibles dans leur groupe d'âge (Oesterle, Hawkins, & Hill, 2011).

Plus que de simples différences, nous argumentons que toutes ces disparités représentent des inégalités sociales de santé. Ces différences d'accès aux ressources sont systématiques entre certaines sous-populations et découlent avant tout de décisions sociétales et politiques (Graham, 2007). Ces inégalités sociales deviennent inégalités de santé lorsque les ressources qui sont accessibles aux individus favorisés leur donnent la meilleure chance de se prémunir du risque, de la maladie et de ses conséquences (Link & Phelan, 1995).

Des nombreux facteurs qui amènent les individus à se prémunir du comportement tabagique, notre compréhension du tabagisme et de ses déterminants doit se concentrer sur les inégalités sociales. Cette situation est pressante en fonction de la nocivité du tabagisme, mais aussi à cause de l'accroissement des inégalités sociales de santé dans le temps (Mackenbach, 2012). Goldman et Smith (2011) montrent que l'effet protecteur de l'éducation sur la santé et la maladie augmente dans le temps par rapport aux décennies passées. Ils expliquent cette augmentation, aux côtés de meilleures assurances et d'une meilleure utilisation des nouvelles technologies médicales, par le changement de comportements comme le tabagisme. En effet,

près de 50% de l'accroissement de l'écart dans le taux de mortalité entre individus diplômés ou non dans le temps est dû aux conséquences directes du tabagisme : le cancer du poumon et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (Montez & Zajacova, 2013). On retrouve des inégalités sociales grandissantes liées au tabagisme selon l'éducation dans le temps chez les Canadiens (Smith, Frank, & Mustard, 2009) et en Europe (Giskes et al., 2005; Nagelhout et al., 2012) avec des résultats similaires obtenus au niveau de l'initiation et de la cessation tabagique en Europe (Federico, Costa, Ricciardi, & Kunst, 2009).

Plusieurs ont déjà montré que la défavorisation sociale module la capacité des individus à utiliser les interventions populationnelles des agences gouvernementales (Hart, 1971). On observe depuis la fin des années '80 que les interventions populationnelles dans le contexte du tabagisme ont affecté avant tout les groupes les plus avantagés (Pierce, Fiore, Novotny, Hatzianreou, & Davis, 1989). Les instances de santé publique rendent compte que les interventions actuelles peinent à lutter contre les inégalités sociales liées au tabagisme (Garrett, 2013). Outre la hausse de la taxe sur le tabac, aucune intervention de santé publique n'a su réduire de façon systématique les inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes jusqu'à maintenant (Brown, Platt, & Amos, 2014; Hill, Amos, Clifford, & Platt, 2013).

1.1.3 Comprendre les caractéristiques derrière les inégalités sociales

Un des plus grands moteurs des inégalités sociales de santé chez les jeunes adultes est le statut socioéconomique (SSE) (USDHHS, 2012). Le concept de statut socioéconomique cherche à organiser les individus sous différents groupes en fonction de leur désavantage en utilisant des marqueurs comme le revenu, la profession, le niveau d'éducation, la richesse, etc. (Bartley, 2004; Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Davey Smith, 2006a). Souvent aussi appelée « position socioéconomique », Krieger et al. (1997) propose comme définition :

« An aggregate concept that includes both resource-based and prestige-based measures, as linked to both childhood and adult social class position. Resource-based measures refer to material and social resources and assets, including income, wealth, educational credentials; terms used to describe inadequate resources include "poverty" and "deprivation". Prestige-based measures refer to individual's rank or status in a social hierarchy, typically evaluated with reference to people's access to and consumption of goods, services, and

knowledge, as linked to their occupational prestige, income, and education level »
(Krieger et al., 1997, p. 345)

Pour examiner, surveiller et explorer les inégalités sociales de santé chez les jeunes adultes, la majorité des travaux qui ont étudié les différents indicateurs socioéconomiques disponibles (Braveman et al., 2005; Galobardes et al., 2006a; Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Davey Smith, 2006b; Shavers, 2007) présentent l'éducation comme le meilleur indicateur du statut socioéconomique chez les jeunes adultes. En effet, le marqueur socioéconomique le plus fortement associé au tabagisme, chez les jeunes adultes comme dans la population générale, est sans conteste le niveau d'éducation (Pampel & Denney, 2011). Kestila et al. (2006), examinant auprès de jeunes adultes scandinaves une série d'indicateurs familiaux et individuels, ont observé que les prédicteurs les plus puissants du tabagisme sont le tabagisme des parents, la structure familiale et le niveau d'éducation individuel. De la même façon, Pederson et al. (2007) observent chez des jeunes adultes canadiens que l'éducation, avec le contexte social (les parents et les amis) et le style de vie (faire des activités de santé ou fréquenter des bars), a un effet plus important sur la consommation tabagique que les facteurs psychosociaux et attitudinaux, et qu'il existe peu de différences entre les sexes quant à ces déterminants.

Au-delà de sa forte association avec le tabagisme, l'utilisation de l'éducation procure une série d'avantages sur les autres marqueurs socioéconomiques dans l'examen des inégalités sociales de santé. Elle est facile à mesurer dans les questionnaires auto-rapportés, rapporte un faible taux de non-réponse et est un indicateur parcimonieux pour reprendre les caractéristiques socioéconomiques des individus (Shavers, 2007). De plus, son utilisation est intéressante puisqu'elle est présente chez chaque individu et n'est pas affectée par la maladie, au contraire de l'emploi ou du revenu (Cutler, 2006). Le revenu et l'emploi sont aussi tous deux instables et souvent récents chez les jeunes adultes, ne permettant pas de reprendre les ressources auxquels ils pourraient avoir accès. En contrepartie, le niveau d'éducation représente lui une accumulation d'outils acquis au cours du parcours éducationnel (Krieger, Williams, & Moss, 1997).

Malgré cela, l'indicateur du niveau d'éducation n'est pas sans failles. Avec l'expansion de l'éducation postsecondaire, la mesure de l'éducation est de plus en plus instable chez les jeunes adultes : aujourd'hui au Québec, près de 33% des jeunes adultes sont encore aux études, avec la plupart ayant le but d'obtenir un nouveau diplôme (Lavoie, 2010). De plus, le niveau d'éducation est statique lorsqu'il est terminé : il ne permet donc pas de comprendre comment le statut socioéconomique de certains peut toujours fluctuer dans le temps, ce qui peut avoir une grande importance sur l'initiation, l'arrêt et la rechute du comportement tabagique (Jefferis, Power, Graham, & Manor, 2004; Krieger et al., 1997).

Une lecture approfondie sur la conceptualisation et la mesure du statut socioéconomique en santé publique nous amène ainsi à comprendre qu'il n'y a pas une meilleure approche pour examiner les caractéristiques sociales avec lesquelles les jeunes adultes peuvent s'approprier de meilleures habitudes de vie et éviter l'exposition aux facteurs de risque qui promeut les comportements délétères comme le tabagisme (Oakes & Kaufman, 2006). À cause des nombreuses transitions de vie à l'âge du jeune adulte qui modulent la fiabilité des indicateurs socioéconomiques communément utilisés, Scharoun-Lee et collègues (2009, 2010) observent que la plupart des études utilisent alors comme « proxy » le statut socioéconomique des parents, qui lui est plus stable. Au contraire, nous pensons qu'une meilleure compréhension des caractéristiques sociales des jeunes adultes se fera en amont en développant une meilleure *conceptualisation* des ressources qui sont comprises derrière les différents indicateurs socioéconomiques qu'on peut mesurer chez les jeunes adultes et leurs parents. Parlant de l'éducation, Lynch et Kaplan (2000) nous disaient il y a bientôt quinze ans :

« Our point here is that information about the number of years or the achieved level of education fails to directly reveal much of what might be important about education in terms of its relationship with health. Without knowledge of the cognitive, material, social, and psychological resources gained through education, and accumulated over the lifecourse, we cannot hope to make much sense of the association between educational experience and health, nor address important intervention questions. » (Lynch et Kaplan, 2000, pp.22-23).

1.1.4 Vers une nouvelle approche théorique

Aux côtés d'un développement plus réfléchi des interventions de masse, Garrett et al. (2013) proposent de cibler un des axes principaux de la santé publique plus directement sur notre compréhension des déterminants sociaux. En effet, pour lutter contre le tabagisme et réduire les inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes, la santé publique devrait être en mesure de dépasser notre examen actuel des déterminants sociaux en cherchant à mieux comprendre les éléments qui agissent au sein des conditions sociales des jeunes adultes et en lien avec leur comportement tabagique. Une de nos limites résulte de notre difficulté même à identifier quels sont les dimensions et les composantes sociales qui sont importantes pour la santé.

Dans une perspective de surveillance et d'examen de tendances, l'utilisation répétée d'indicateurs socioéconomiques est utile lorsqu'on veut identifier les problèmes de santé qui sont inégalement distribués ou les sous-populations qui sont affectées dans l'espace et le temps. Cependant, lorsqu'on s'intéresse au-delà des facteurs de risques à comprendre les *mécanismes* par lesquels ces inégalités sociales de santé se produisent, l'utilisation de ces indicateurs socioéconomiques limite notre exploration de nouvelles approches liées à l'étude des inégalités sociales de santé (Abel, 2007; Campostrini & McQueen, 2014; Lynch, 2000).

Nous pensons qu'une conceptualisation des conditions sociales des individus au travers des piliers du statut socioéconomique est utile pour les raisons qui ont été démontrées jusqu'à maintenant. Cependant, une nouvelle approche pourrait nous permettre de mieux comprendre les caractéristiques auxquelles les jeunes adultes sont à même d'accéder et d'utiliser afin de s'approprier la capacité d'agir (ou vice-versa la vulnérabilité) face aux comportements de santé comme le tabagisme. Pour élaborer cette nouvelle définition, nous pouvons nous inspirer à partir de bases théoriques appropriées selon le phénomène d'intérêt (Bauer et al., 2003; Frohlich et al., 2007).

Si plusieurs auteurs se sont intéressés à la critique des mesures du statut socioéconomique (Shavers, 2007, Galobardes et al., 2006a, Braveman, 2006, Krieger et al., 1997, Oakes et Rossi, 2003), aucun n'a su donner une réponse plus approfondie quant à savoir quelle serait

l'approche appropriée pour reprendre les caractéristiques qui forment ce construit. Chez tous ces auteurs, il est proposé de retourner à un cadre théorique qui sache identifier derrière les marqueurs socioéconomiques (1) quelles sont les ressources individuelles qui sont distribuées socialement et (2) quels sont leurs liens avec les comportements et les problèmes de santé des individus (Galobardes et al., 2006a; Krieger et al., 1997; Oakes & Rossi, 2003; Shavers, 2007). Cependant, au-delà de quelques propositions (Oakes et Rossi, 2003), encore aucune théorie sociale ne s'est encore institutionnalisée en santé publique pour nourrir une nouvelle approche pour mesurer et interpréter le statut social dans son association avec les problèmes et comportements de santé (Mackenbach, 2012).

1.2. Capital culturel

Nous proposons dans ce mémoire d'explorer un nouveau concept qui émerge rapidement dans le discours en promotion de la santé : le capital culturel. Le concept de capital culturel a été développé par le sociologue Pierre Bourdieu pour comprendre les inégalités sociales en définissant l'ensemble des ressources auquel les individus ont accès pour agir aux côtés des capitaux économique et social (Bourdieu, 1979, 1986). Le capital culturel représente les objets, les comportements et les savoirs qui apportent un avantage social aux individus et qui découlent des expériences issues de l'éducation et de la socialisation tout au long de la vie (Malat, 2006). Dans les prochaines pages, nous proposons de (1) définir le concept, (2) recenser les travaux sur son développement théorique et son application empirique dans le champ de la santé publique et (3) présenter les raisons pour lesquelles nous examinons le capital culturel dans l'étude des inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes.

1.2.1. Définition

1.2.1.1 Théorie des capitaux

La conception de la société de Pierre Bourdieu était fondée sur le principe de hiérarchisation des individus entre classes sociales. Dans le contexte des barrières à l'éducation supérieure dans les années '60 et '70 qui mobilisaient la France, Bourdieu concevait, au-delà du seul vecteur économique, un deuxième vecteur qui permettait la hiérarchisation des individus dans

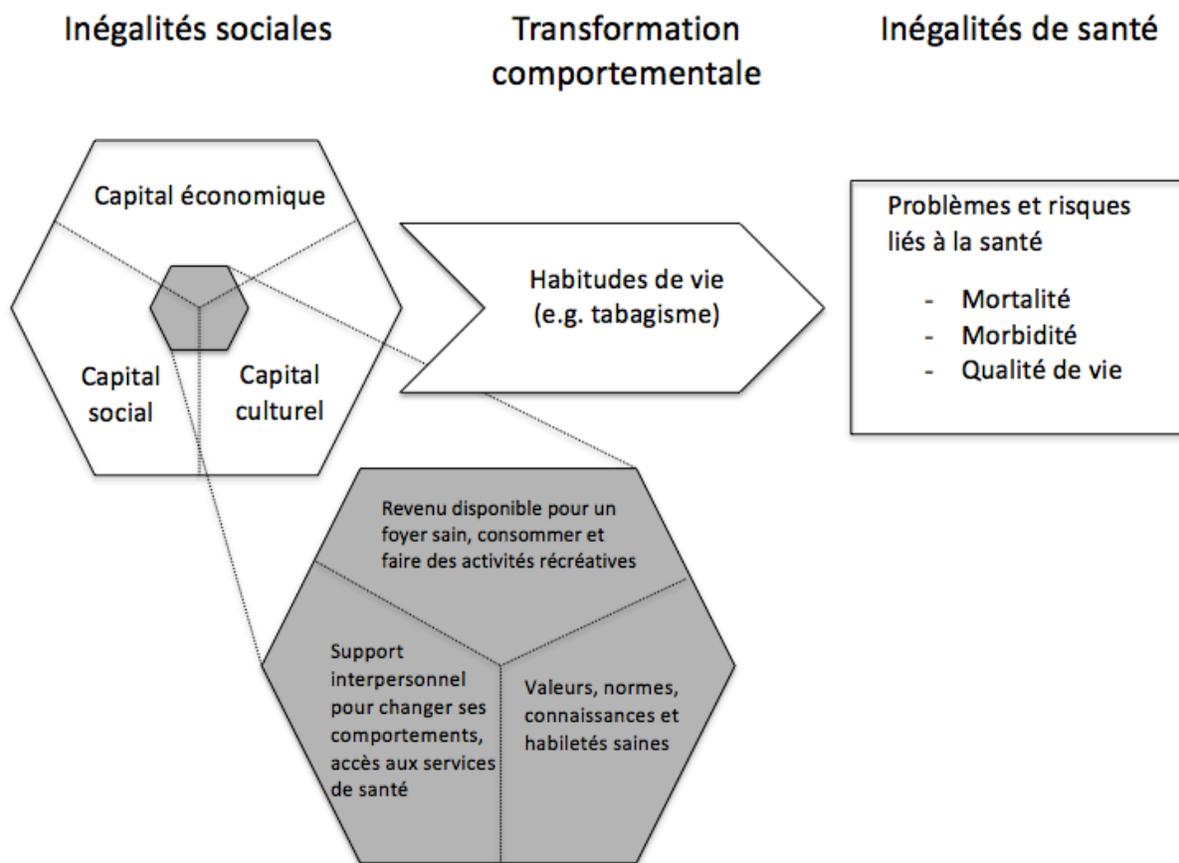
la société : le capital culturel. En effet, le capital culturel était conçu comme un stock de ressources qui ne s'échangeaient pas comme le capital économique, mais dont l'accumulation permettait aux individus de s'élever et de s'approprier certaines préférences, comportements et attitudes propres à leur statut. Dans le contexte de l'éducation supérieure, les individus provenant de familles cultivées – les « héritiers » – naissaient dans un environnement social qui leur allouait les atouts nécessaires afin de mieux performer à l'intérieur du système académique français et au-delà (Bourdieu, 1964).

Le concept de capital culturel permet cependant d'interpréter beaucoup plus que la performance scolaire ou l'accès à l'éducation. Bourdieu étend dans ses travaux subséquents son cadre théorique pour comprendre de façon plus générale comment les inégalités sociales peuvent se constituer dans d'autres sphères que le système académique. La société est divisée en différents *champs* (l'éducation, le marché de l'emploi, la langue, le système de santé, etc.) qui sont autant de différents « marchés » où sont distribuées socialement les ressources culturelles - comportements, préférences, attitudes et connaissances - que les individus ont à adopter pour réussir leurs objectifs. Depuis son développement en sociologie puis en éducation, certains auteurs ont proposé d'élaborer le concept dans le cadre des inégalités sociales de santé (Malat, 2006, Abel, 2007, 2008, Shim, 2010). Ainsi, les inégalités sociales liées à la santé se définissent au travers (1) des ressources que les individus ont à accumuler et à utiliser pour s'approprier une meilleure santé et (2) des groupes sociaux qui se partagent ces ressources et qui déterminent quelles sont les ressources qui sont importantes pour la santé.

Sous cette structure, les individus disposent de différentes ressources conçues entre différentes formes de *capital* dont le cumul et l'utilisation leur permettront d'arriver à leurs fins. Le capital culturel est défini comme une des trois formes centrales des ressources auxquels les individus peuvent accéder pour réussir leurs objectifs aux côtés du capital économique et du capital social (Bourdieu, 1986). D'abord, le capital économique représente tous les attributs d'ordre matériel qui ont une valeur monétaire immédiate. Ensuite, le capital social est défini comme l'agrégat de ressources actuelles et potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations fondées sur la reconnaissance mutuelle. Finalement, le capital culturel est défini comme l'ensemble des préférences, connaissances, valeurs et

comportements transmis au travers du cursus scolaire et du milieu familial et qui sont valorisées socialement. La Figure 1 présente ici l'approche générale des capitaux dans la compréhension des inégalités sociales de santé.

Figure 1. Modèle théorique de l'approche des capitaux sur la santé (adapté de Abel, 2008)



1.2.1.2 États du capital culturel

Contrairement aux deux autres formes de capitaux, la définition du capital culturel ne se donne pas aussi intuitivement que ses formes économique et sociale. Il peut être représenté à la fois par des valeurs, des normes et des habitudes qui sont inculquées (attribuer de l'importance ou de l'intérêt envers la santé) ou par des habiletés et des connaissances qui sont instruites plus formellement (se faire comprendre par un professionnel de santé, savoir comment obtenir de

l'information de santé) (Lareau et Weininger, 2003). Il peut aussi être observé au travers des objets qui nécessitent un stock de connaissances pour être utilisé (livres, outils, machines) et des accréditations (diplômes, titres professionnels, prix et récompenses) qui permettent aux individus d'attester de leurs différentes ressources culturelles (Bourdieu, 1986). Dans *The Forms of Capital*, Bourdieu (1986) a eu le souci de développer une opérationnalisation plus concrète du capital culturel. Il a alors redéfini le capital culturel sous trois états – incorporé, objectivé et institutionnalisé – qui représentent autant de facettes des compétences et des ressources que les individus sont capables de mobiliser entre les différents champs sociaux.

1.2.1.2.1 État incorporé

D'abord, l'état incorporé, état le plus important, est l'ensemble des connaissances, des compétences et des croyances qui découlent autant de notre milieu familial, de notre scolarisation ou de notre formation subséquente. Il peut être acquis de façon inconsciente et est moins directement transmissible que les ressources économiques puisque le capital culturel acquis disparaît avec la mort.

La notion d'incorporation présuppose un processus d'inculcation ou d'apprentissage qui rend l'accumulation du capital culturel plus lente que le capital économique ou social. En effet, le capital culturel se véhicule entre les générations tout au long du parcours de vie lors de la socialisation des individus. Ainsi, le poids relatif des ressources culturelles est plus fort en fonction du temps investi pour son acquisition. Finalement, l'état incorporé est antécédent aux autres états du capital culturel puisqu'il est nécessaire à leur acquisition et à leur utilisation.

1.2.1.2.2 État objectivé

Ensuite, l'état objectivé représente des objets dont la possession ou l'utilisation permet aux individus d'arriver à leurs buts et de se distinguer socialement. Ces objets dépendent pour leur utilisation d'un stock de capital culturel intériorisé des individus, mais sont en contrepartie plus facilement transmissibles. Cependant, ce qui est transmis est seulement l'objet culturel en tant que tel, et celui-ci ne suffit pas à la transmission des ressources incorporées qui permettent son utilisation. En opposition aux ressources matérielles (d'ordre économique), ces ressources

culturelles objectivées dépendent à la fois d'un stock de ressources économiques et culturelles. L'indicateur principal qui a été utilisé dans cette perspective est celui du nombre de livres au foyer (e.g. Iversen et Holsen, 2008, Fismen, Samdal et Torsheim, 2012, Schori, Hofmann et Abel, 2014, Pedersen et von Soest, 2014). Les autres indicateurs qui ont été utilisés pour mesurer cet état en santé publique reprenaient par exemple la présence de magazines, d'objets d'art, d'objets de musique, d'un ordinateur ou de l'internet au foyer (Kamin, Kolar et Steiner, 2013, Christensen, 2011).

1.2.1.2.3 État institutionnalisé

Dernièrement, l'état institutionnalisé reprend les certifications et diplômes qui représentent un investissement de temps contre un savoir technique. Celui-ci, surtout opérationnalisé au travers des accréditations officielles reconnues dans le milieu de l'éducation, représente des titres « standardisés » qui permettent aux individus d'attester et de faire reconnaître leur capital culturel au-delà de leurs ressources intériorisées : « *Il est donc inscrit dans la définition tacite du titre scolaire garantissant formellement une compétence spécifique (comme un titre d'ingénieur) qu'il garantit réellement la possession d'une « culture générale » d'autant plus large et plus étendue qu'il est plus prestigieux* » (Bourdieu, 1979, p. 24). Au-delà du niveau d'éducation, certaines études qui se sont inspirés du capital culturel ont observé que différents comportements de santé (comportements sexuels à risque, consommation d'alcool ou de cannabis) pouvaient différer en fonction du type de formation scolaire ou du type de diplôme obtenu (van Rossem et al., 2010, Berten et al., 2012).

1.2.2 Développement théorique en santé publique

Certains auteurs se sont intéressés à développer l'approche du capital culturel dans le contexte précis du système de santé, des services de soins (*health care*) et de l'interaction patient-médecin (Malat, 2006, Shim, 2010). Malat (2006), qui s'intéresse aux disparités ethniques dans le traitement médical, propose que les différents groupes ethniques puissent ne pas avoir les ressources culturelles nécessaires pour comprendre et agir afin d'obtenir une interaction efficace dans les institutions de soins. Puisque les professionnels de santé – représentant un groupe social favorisé – possèdent des préférences, des attitudes ou des comportements

distincts dans la façon dont ils promulguent des conseils et des soins, les individus défavorisés doivent être capables de faire valoir leurs compétences culturelles afin de recevoir le meilleur de ces professionnels. L'auteure propose alors d'examiner la façon dont les individus se présentent ou communiquent avec les professionnels de santé ainsi que les perceptions différentielles qu'ils peuvent avoir des institutions et des professionnels de santé.

Plus tard, Shim (2010) utilise l'approche d'un capital culturel de santé (*cultural health capital*) pour comprendre les interactions entre patient et médecin. Elle définit le capital culturel comme le répertoire d'habiletés, de compétences verbales et non verbales, d'attitudes, de comportements et de styles interpersonnels que les patients et les professionnels développent et confrontent lors d'interactions. Ainsi, pour pleinement profiter du support des institutions de santé, le patient doit connaître quelles sont les compétences à développer qui sont valorisées par les professionnels et doit être capable d'y accéder et de les utiliser lors de ses interactions avec ceux-ci. Shim propose comme indicateurs d'avoir une base de connaissances médicales, de savoir quelle information est importante pour le professionnel de santé, d'avoir l'habileté de communiquer efficacement ses problèmes, d'avoir une attitude proactive face à sa santé, de croire à l'autodiscipline et d'avoir une orientation vers le futur (Shim, 2010, p.3). Shim (2010) reprend l'important équilibre à respecter entre la spécificité de sa définition proposée et la capacité à généraliser les composantes et les mécanismes du capital culturel dans le contexte plus large des problèmes et comportements de santé :

« The dispositions, skills and competencies that act as cultural health capital (CHC) also have potential relevance and explanatory utility for disease management, self-care, and health promotion [...]. But for the purposes of more precisely explicating CHC, I chose to focus on its role in health care interactions [...]. » (Shim, 2010, p. 12)

Sous une autre approche plus générale, T. Abel et ses collègues (2007, 2008, Abel et Frohlich, 2012) ont tenté de développer le capital culturel afin de comprendre la façon dont les inégalités sociales pouvaient devenir des inégalités sociales de santé. Dans son chapitre *Cultural Capital in Health Promotion* (2007), il proposa un principe de distinction des groupes sociaux selon la reconnaissance attribuée aux ressources qui découlent de l'éducation et de l'appartenance aux groupes qui sont favorisés. Les groupes sociaux se partagent donc de façon

inégale les ressources culturelles (attribuer de l'importance à la santé, s'intéresser à et appliquer différentes formes de prophylaxie, faire de l'exercice, acheter et cuisiner des aliments qui sont nutritifs, ne pas fumer, etc.) qui leur permettent de se prémunir du risque et de la maladie. Cette distribution se reproduit dans le temps au travers de l'apprentissage dans l'éducation, de la socialisation des parents et des pairs ainsi qu'au travers de la transmission intergénérationnelle.

Pour illustrer l'effet du capital culturel sur la santé, Abel utilise particulièrement les exemples de littératie de santé (*health literacy*) et de modes de vie sains (*healthy lifestyles*) : ce sont chacun des ressources culturelles qui sont construites au cours du parcours de vie et qui se développent différenciellement selon l'avantage social dans lequel l'individu grandit (Abel, 2007, 2008a, 2008b).

1.2.3 Application empirique en santé publique

L'élaboration théorique développée par les travaux de Malat (2006) et Shim (2010) d'un côté et de Abel (2007, 2008, Abel et Frohlich, 2012) de l'autre côté ont donné chacun lieu à une série de travaux empiriques qui ont exploré l'utilité du capital culturel pour examiner les inégalités sociales de santé (Abel, Fuhr, Bisegger, Ackermann Rau, & European Kidscreen, 2011; Bell, 2014; Dubbin, Chang, & Shim, 2013; Patterson & Veenstra, 2012; Schori, Hofmann, & Abel, 2014; Weaver, Lemonde, Payman, & Goodman, 2014). Cependant, vu la récence du concept et l'élaboration conséquente du concept qui a été produite *hors* de la santé publique en sociologie et en éducation (De Graaf, De Graaf, & Kraaykamp, 2000; De Graaf, 1986, 1988; DiMaggio, 1982; Lamont & Lareau, 1988; Lareau & Weininger, 2003; Williams, 1995), les études sur le capital culturel en santé ont utilisé plusieurs autres approches pour examiner le capital culturel, et ce pour examiner la distribution de multiples comportements et problèmes de santé. Cette littérature peut être comprise au travers de l'opérationnalisation du capital culturel faite en utilisant des pratiques culturelles et des attributs liés à l'éducation.

1.2.3.1 Indicateurs liés aux pratiques culturelles

L'un des premiers travaux empiriques en santé publique à utiliser explicitement le capital culturel a été l'œuvre de Khawaja et ses collègues (2006, 2007a, 2007b) qui ont étudié l'association entre celui-ci et la santé de femmes à faible revenu au Liban. Khawaja et ses collègues ont mesuré le capital culturel des femmes libanaises au travers d'une échelle composée de différentes activités culturelles : lire, écouter les nouvelles, jouer d'un instrument de musique, faire de la peinture ou de la sculpture, etc. Ces activités étaient définies comme des comportements permettant d'opérationnaliser leur statut social au-delà des marqueurs socioéconomiques généralement conçus (mesurés dans leurs études au travers de l'éducation et du statut marital). Les auteurs ont trouvé qu'une haute participation des femmes dans des activités culturelles était associée à une meilleure santé générale et une meilleure santé mentale après avoir contrôlé dans leurs modèles pour leurs problèmes de santé et leur niveau socioéconomique.

Dans cette perspective, plusieurs ont utilisé différents indicateurs d'activités culturelles (aller à la bibliothèque, au théâtre, à l'opéra, au cinéma, assister à un spectacle, à un concert, à une exposition, etc.) pour faire l'association entre ce qu'ils définissent être du capital culturel et diverses issues de santé (Cuypers et al., 2012, Christensen, 2011, Logstein et al., 2013, Kanaan et Afifi, 2010). Cuypers et al. (2012) ont observé dans la population adulte norvégienne que la pratique d'activités culturelles réceptives (aller au musée, au théâtre, à une exposition, etc.) et créatives (jouer d'un instrument, faire de la peinture, du bénévolat, etc.) était associée positivement à la santé perçue, à la satisfaction envers la vie et négativement avec le niveau d'anxiété et de dépression. Khawaja et Mowafi (2007) et Christensen (2011) ont aussi chacun observé chez des mères que leurs pratiques d'activités culturelles (e.g. aller au musée, au théâtre ou à l'opéra) étaient associées positivement avec la santé de leurs enfants.

Logstein et al. (2013) ont observé auprès d'adolescents norvégiens que la pratique d'activités culturelles était associée négativement à la pratique d'activités physiques, mais comme le niveau d'éducation des parents était lui associé positivement à l'activité physique, il est difficile de savoir si les jeunes qui pratiquent des activités culturelles ont accès aux mêmes compétences et connaissances qu'ils pourraient développer au travers d'une activité sportive et

s'ils seront plus enclins à faire des activités physiques plus tard dans leur vie. En effet, Christensen et Carpiano (2014), au travers d'une mesure composite combinant la pratique d'activités culturelles avec la possession d'objets culturels au foyer et le niveau d'éducation, observent chez des adultes danois qu'un haut niveau de capital culturel est associé avec de meilleures pratiques alimentaires et une plus grande pratique d'activités physiques. Kanaan et Afifi (2010) ont aussi observé chez des adolescents mâles libanais que leur pratique d'activités culturelles était associée à la gestion de leur poids.

1.2.3.2 Indicateurs liés à l'éducation

Plus près des travaux théoriques présentés jusqu'à maintenant, un deuxième nombre d'études s'est intéressé à l'impact du milieu culturel défini sous le domaine de l'éducation sur les problèmes et comportements de santé. Dans la population générale, l'indicateur principal qui a été repris pour examiner l'association entre le capital culturel des individus et leur santé est le niveau d'éducation. Le niveau d'éducation est alors conçu comme un *proxy* de l'ensemble des ressources culturelles qui ont permis aux individus d'acquérir finalement un diplôme. Ces connaissances et comportements ont alors une incidence sur la santé des individus puisqu'ils leur permettent à la fois de développer des compétences qui sont directement bénéfiques à leur santé (e.g. littératie de santé, habiletés de communication) et leur procurent aussi un statut social où certaines normes ou comportements sont préconisés (e.g. ne pas fumer, faire de l'activité physique, manger « santé »).

Dans cette perspective, plusieurs études se sont intéressées au lien entre le capital culturel et la santé au travers du niveau d'éducation des individus, de leur partenaire ou de leurs parents, du type d'éducation encouru ou des aspirations éducationnelles des individus (Berten, Cardoen, Brondeel, & Vettenburg, 2012; Lovell, 2002; Madarasova Geckova, Tavel, van Dijk, Abel, & Reijneveld, 2010; Van Rossem, Berten, & Van Tuyckom, 2010; Virtanen, Nakari, Ahonen, Vahtera, & Pentti, 2000). Empruntant l'interprétation du cadre théorique du capital culturel, l'éducation a été définie dans plusieurs études comme une ressource protectrice et promouvant la santé dans son association avec par exemple la consommation de drogue, la santé perçue, la mortalité, le tabagisme, la santé infantile, le surpoids et l'absentéisme au travail (Madarasova Geckova et al. 2010, Kamin, Kolar et Steiner 2013, Vandenheede et al. 2013, Arun et al.,

2012, Lovell 2002, Virtanen et al. 2000, Christensen 2011, Christensen et Carpiano 2014, Veenstra et Patterson 2012, Abel et al., 2011, Semyonov et al., 2012, Glasscock et al., 2013). Par exemple, Wilson (2002), Stempel (2005) et Saint Onge et Krueger (2011) ont chacun observé que le type de sport ou d'exercice physique pouvait être associé avec le niveau d'éducation des individus : les adultes avec une plus haute éducation tendent à davantage faire des activités à l'intérieur (e.g. tennis, natation, golf) ou en lien avec l'entraînement physique (e.g. marcher, courir, cyclisme) et tendent à moins faire d'activités d'équipe que ceux avec une plus faible éducation.

Cependant, nous avons déjà présenté que le niveau d'éducation était à la fois (1) un indicateur qui était encore rapidement changeant avant l'âge adulte et (2) qui n'était qu'un élément d'un concept multidimensionnel qui inclut derrière des objets, valeurs, normes, connaissances et comportements spécifiques liés à l'expérience éducationnelle. Certaines études (Berten et al., 2012; Hagquist, 2007; Van Rossem et al., 2010) ont examiné le rôle des différents profils d'éducation et ont observé que les adolescents dans des orientations professionnelles étaient plus à risque de rapporter une moins bonne santé, de consommer de la marijuana, de l'alcool ou d'autres drogues, de fumer la cigarette ou d'avoir des comportements sexuels à risque.

Plusieurs travaux se sont intéressés, au-delà des variables liées directement au système éducationnel, à l'utilisation de nouveaux indicateurs pour rendre compte de ces ressources culturelles. Parmi les autres indicateurs liés au domaine de l'éducation, un des indicateurs communément utilisés pour mesurer le capital culturel est le nombre de livres présent au foyer. Cette mesure est utilisée pour représenter les normes associées à la culture et l'éducation au foyer et sa mesure a déjà été utilisée en sciences sociales pour prédire l'éducation future des individus (Evans et al., 2010, Park, 2008). De la même façon, Iversen et Holsen (2008), Fismen, Samdal et Thorstein (2012) et Pedersen et von Soest (2014) ont observé chez des adolescents que le nombre de livres au foyer était négativement associé au tabagisme et à la consommation de malbouffe et positivement à la consommation de fruits, de légumes, au sentiment de compétence sociale, à la pratique d'activité physique et à la santé rapportée. D'autres indicateurs étudiés dans cette même perspective ont été par exemple la

communication avec les parents lors des soupers (Donath et al., 2012) ou les pratiques de lecture parentales (Dunt, Hage et Kelahar, 2010).

1.2.4 Capital culturel et le tabagisme chez les jeunes adultes

1.2.4.1 Applications du capital culturel dans l'étude du tabagisme chez les jeunes adultes

Peu d'études en santé publique ont utilisé explicitement l'approche du capital culturel pour reprendre les caractéristiques culturelles que les jeunes adultes possèdent pour se prémunir du comportement tabagique (Krange & Pedersen, 2001; Scheffels & Lund, 2005; Schori et al., 2014). Krange et Pedersen (2001) ont étudié chez des jeunes adultes norvégiens les différences culturelles au niveau parental et individuel entre fumeurs occasionnels, fumeurs quotidiens et non-fumeurs. Faisant la prémisse que le tabagisme est un comportement déviant rattaché aux groupes défavorisés, les auteurs s'intéressaient particulièrement à examiner s'ils pouvaient observer une différence dans les pratiques culturelles des fumeurs occasionnels et quotidiens, et si les pratiques culturelles des parents avaient les mêmes tendances. Ils observent plusieurs différences en fonction du nombre de livres au foyer, du niveau culturel des émissions de télévision écoutées par la mère et par le jeune adulte, des notes scolaires et du niveau d'éducation. D'abord, entre les groupes de fumeurs (occasionnels et quotidiens), ils observent que les fumeurs occasionnels avaient plus de livres au foyer, avaient des meilleures notes scolaires, continuaient plus souvent d'être aux études et tendaient, eux et leurs mères, à écouter des programmes télévisés plus intellectuels lorsque comparés aux fumeurs quotidiens. Plus tard, Scheffels et Lund (2005) ont regardé dans une même approche les types de média et de divertissement que les jeunes adultes norvégiens utilisaient et leur association avec le type de tabagisme (occasionnel ou quotidien). Ils ont observé que les jeunes adultes qui utilisaient des médias de type non-commercial (livres, journaux, radio, nouvelles) et de type technique (jeux vidéos, ordinateur) étaient davantage fumeurs occasionnels (que fumeurs quotidiens) et que ceux qui utilisaient des médias commerciaux (magazines, télévision, cinéma) étaient davantage fumeurs quotidiens. Ainsi, ces études observent que ces caractéristiques culturelles peuvent discriminer différemment non seulement le fait de fumer, mais aussi les différents profils tabagiques.

Plus récemment, Schori, Hofmann et Abel (2014) s'intéressaient à la transmission intergénérationnelle des avantages socioéconomiques sur les valeurs liées à l'éducation et la santé dans la production des inégalités sociales liées au tabagisme. Ils ont étudié chez des jeunes adultes suisses l'association entre leurs ressources parentales (économiques et culturelles), leur éducation, leurs attitudes de santé et leur tabagisme quotidien. Ils ont d'abord observé que le capital culturel des parents (mesuré au travers de l'éducation des deux parents et de la présence de livres dans le foyer) était associé positivement avec leur orientation académique (niveau d'éducation et type de formation poursuivie) et avec leur orientation de santé (intérêts et attitudes de santé). Ils ont par la suite observé que chaque orientation était associée négativement avec le tabagisme quotidien des jeunes adultes.

1.2.4.2 Pourquoi étudier le capital culturel dans ce contexte?

Alors que le capital culturel fête ces cinquante ans en sciences sociales (depuis *Les Héritiers* en 1964), son développement se situe encore à un stade précoce en santé publique. On retrouve quelques balbutiements d'intérêt dans les années '90, par exemple en citant le concept pour comprendre les inégalités liées à l'accès et à l'utilisation d'information de santé ou pour interpréter l'effet de l'éducation maternelle sur la mortalité infantile (Arntzen, 1996; Wall, 1995). Cependant, comme nous l'avons maintenant vu, les premières études à avoir davantage ému l'intérêt de la santé publique apparaissent plus tard avec les travaux empiriques de Khawaja et ses collègues (Khawaja, Barazi, & Linos, 2007; Khawaja & Mowafi, 2006, 2007) et les travaux théoriques de Abel (Abel, 2007, 2008a). Dans une revue récente des théories sociales en santé publique, Mackenbach (2012) propose de s'intéresser davantage au capital culturel puisqu'il s'inscrit dans l'importance grandissante des comportements de santé dans la transition épidémiologique des sociétés occidentales et dans l'urgence de regarder l'impact des ressources dites non-matérielles qui ont de l'importance sur les comportements de santé. Dans ce contexte, nous pensons que le capital culturel est un carcan fécond pour explorer de nouveaux marqueurs d'inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes, et ce pour trois raisons.

D'abord, le développement théorique du capital culturel en santé publique s'est concentré sur la compréhension de la distribution des comportements de santé et sur l'explication des

inégalités sociales de santé au travers de cette distribution inégale. Selon Abel (2008), les dimensions des ressources individuelles – économiques, sociales et culturelles – qui sont comprises lorsqu'on parle d'inégalités sociales deviennent des inégalités de santé au travers d'une transformation comportementale (*behavioral transformation*) où ces ressources apportent aux individus les opportunités de se prévaloir de comportements sains et de s'éloigner ou de se prémunir de comportements délétères comme le tabagisme. Les ressources dites culturelles sont ainsi définies comme un ensemble de valeurs, de normes, de savoirs et d'habiletés de santé dont l'utilité première est de pouvoir moduler l'initiation et le suivi d'un comportement de santé donné (i.e. le tabagisme).

Ensuite, le choix du cadre du capital culturel s'aligne fortement avec notre population d'intérêt des jeunes adultes. Une partie importante de la littérature sur le capital culturel s'est intéressée aux mécanismes de reproduction des inégalités sociales et à la transmission intergénérationnelle des ressources entre parents et enfants (Kraaykamp & van Eijck, 2010). Comme les critiques sur le statut socioéconomique des jeunes adultes nous le rappellent, pour identifier un portrait fort des ressources accessibles aux jeunes adultes, nous devrions nous intéresser à la fois aux caractéristiques du foyer et des parents en plus de tenir compte de leurs propres caractéristiques (Kestila, Koskinen, Martelin, Rahkonen, Pensola, Aro, et al., 2006; Kestila, Koskinen, Martelin, Rahkonen, Pensola, Pirkola, et al., 2006; Krieger et al., 1997; Scharoun-Lee, Adair, Kaufman, & Gordon-Larsen, 2009). Plusieurs travaux sur le capital culturel, en santé publique comme ailleurs, se sont intéressés de près ou de loin à son étude chez les groupes d'âge des adolescents et des jeunes adultes (Abel et al., 2011; Berten et al., 2012; Byun, Schofer, & Kim, 2012; De Graaf, 1988; DiMaggio, 1982; Donath et al., 2012; Fismen, Samdal, & Torsheim, 2012; Glasscock, Andersen, Labriola, Rasmussen, & Hansen, 2013; Graham, Inskip, Francis, & Harman, 2006; Haines, Poland, & Johnson, 2009; Hardaway & McLoyd, 2009; Kanaan & Afifi, 2010; Krange & Pedersen, 2001; Lee & Macdonald, 2009; Logstein, Blekesaune, & Almas, 2013; Madarasova Geckova et al., 2005; Madarasova Geckova et al., 2010; Pedersen, 1996; Roscigno & Ainsworth-Darnell, 1999; Schori et al., 2014; Sheng, 2012; Sullivan, 2001; Van Rossem et al., 2010; von Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger, & Ravens-Sieberer, 2006; Vorhies, 2012; Weine, Ware, & Klebic, 2004).

Finalement, le cadre du capital culturel s’aligne étroitement avec le pilier socioéconomique le plus étudié lorsqu’on s’intéresse aux inégalités sociales liées au tabagisme : l’éducation. En effet, le milieu éducationnel est un des endroits centraux où les jeunes adultes peuvent construire leurs habiletés, leurs habitudes, leurs valeurs et leurs préférences contrairement aux autres milieux de vie qui sont disponibles plus tard dans le parcours de vie. De plus, puisque le capital culturel a été historiquement développé pour comprendre les inégalités sociales dans l’accès à l’éducation supérieure (Bourdieu, 1964), le concept a surtout été développé dans le champ de l’éducation (De Graaf et al., 2000; De Graaf, 1986; DiMaggio, 1982). Ainsi, en santé publique, la majorité des travaux qui ont repris le concept de capital culturel se sont intéressés à interpréter les mécanismes entre l’éducation et la santé et à développer des nouveaux indicateurs qui pourraient capturer les ressources que la seule mesure de l’éducation ne saurait rendre.

CHAPITRE 2 - OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Nous avons à cœur d'avoir une meilleure compréhension des inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes. Nous avons déjà présenté l'étendue du phénomène et avons souligné l'importance de s'attarder à cette problématique. Nous avons aussi montré que de multiples facteurs socioéconomiques affectent la chance ou le risque des groupes d'individus face au comportement tabagique.

Nous avons proposé qu'une des méthodes qui pourra avancer notre compréhension des inégalités sociales liées au tabagisme réside dans le développement même des outils avec lesquels nous examinons les conditions sociales des jeunes adultes. Les jeunes adultes représentant une sous-population unique, l'exploration de nouveaux indicateurs ancrés dans une base théorique – le capital culturel – pourrait nous permettre d'avoir un meilleur portrait des ressources auxquelles les jeunes adultes peuvent accéder pour se prémunir du comportement tabagique. Nous ne suggérons pas ici de reprendre l'ensemble des ressources socioéconomiques auxquelles les jeunes adultes sont à même d'accéder. Nous pensons cependant que l'approche du capital culturel offre une voie novatrice pour développer un nouveau regard sur les inégalités liées au tabagisme chez les jeunes adultes. Notre objectif général est donc d'explorer l'approche du capital culturel pour mieux comprendre les inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes.

Cependant, en amont du travail empirique à faire pour examiner le tabagisme des jeunes adultes selon leur capital culturel, nous proposons qu'un développement conceptuel préalable soit nécessaire. Nous argumentons que la littérature ne permet pas assez explicitement de pouvoir comprendre (1) quelles sont les dimensions et indicateurs pertinents à la mesure du capital culturel et (2) comment interpréter ces différents indicateurs dans leurs associations conjointes avec notre problème d'intérêt. Nous avons vu dans le dernier chapitre que l'approche du capital culturel est récente en santé publique et que très peu d'études ont étudié les inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes selon cette perspective. En amont, entre les nombreux manuscrits qui ont été publiés jusqu'à maintenant, il est aussi difficile de ressortir une définition opérationnelle à la fois exhaustive et exclusive du capital culturel en santé (Abel, 2007, 2008). Abel (2008) proposait dans un article introduisant le capital culturel en santé publique : « *Of foremost importance for empirical investigations are*

the development of valid and reliable indicators of health-relevant cultural capital and the design of appropriate statistical models. [...] Theoretical guidance might be helpful to move beyond the currently available indicators and develop more comprehensive measures. » (Abel, 2008, p. 4).

Dans cette optique, nous proposons de prendre un recul et d'orienter ce mémoire sur la compréhension même d'un capital culturel pertinent pour les comportements de santé des jeunes adultes. Nous présentons dans le prochain chapitre un nouveau cadre théorique du capital culturel afin de pouvoir mieux circonscrire ses dimensions ainsi que les relations à l'œuvre entre celles-ci et le tabagisme des jeunes adultes. Par la suite, nous examinerons certaines parties de notre cadre théorique en étudiant l'association entre certains indicateurs du capital culturel et le tabagisme chez les jeunes adultes dans le but de mieux comprendre les inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes.

OBJECTIF GÉNÉRAL :

Explorer l'approche du capital culturel afin de mieux comprendre les inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

1. Raffiner le modèle théorique du capital culturel afin d'identifier ses dimensions et indicateurs dans le contexte du tabagisme chez les jeunes adultes
2. Faire une application empirique partielle de ce modèle en examinant l'association entre différentes dimensions du capital culturel des jeunes adultes et leur comportement tabagique
 - 2.1 Examiner les associations entre les indicateurs de capital culturel pour appuyer une approche pluridimensionnelle du capital culturel
 - 2.2 Examiner les associations entre les indicateurs de capital culturel et le comportement tabagique pour examiner comment notre cadre théorique nous permet de mieux comprendre les inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes

CHAPITRE 3 – CADRE THÉORIQUE

3.1 Conceptualisation des dimensions du capital culturel en santé publique

Nous avons présenté au Chapitre 1 les travaux de Khawaja et ses collègues (2006a, 2006b, 2007) qui, examinant les inégalités de santé chez les femmes à faible revenu au Liban, ont exploré le capital culturel au travers de son « opérationnalisation classique » en utilisant comme indicateurs plusieurs pratiques culturelles. Dans la littérature en santé publique, ces premières études étaient aussi accompagnées parallèlement d'un nombre d'études qui ont observé un effet protecteur de la participation aux activités culturelles sur la santé et la mortalité chez les adultes (Bygren, Konlaan, & Johansson, 1996; Johansson, Konlaan, & Bygren, 2001; Konlaan, Bygren, & Johansson, 2000; Wilkinson, Waters, Bygren, & Tarlov, 2007). Ensemble, ces études ont contribué à la prolifération d'études liant différents problèmes de santé avec des comportements et connaissances culturelles et artistiques (Christensen, 2011; Christensen & Carpiano, 2014; Cuypers et al., 2012; Kanaan & Afifi, 2010; Logstein et al., 2013; Veenstra, 2007). Comme Lareau et Weininger le notent (2003), examiner les associations entre ces indicateurs « classiques » et une problématique n'est ni faux ni sans intérêt, mais cette littérature ne représente qu'une facette du potentiel explicatif du capital culturel. Cependant, il est ironique de voir que, dès la publication du premier travail de Khawaja et de ses collègues (2006), certains étaient déjà critiques quant à la portée de ces mesures pour examiner les inégalités sociales de santé (Spencer, 2006).

Nous avons aussi présenté au Chapitre 1 les travaux d'Abel (2007, 2008, Abel et Frohlich, 2012) qui s'intéressent au capital culturel et qui tentent de définir l'ensemble des ressources culturelles en évoquant dans ses travaux plusieurs exemples servant à identifier le capital culturel pertinent à la santé (e.g. littératie de santé, habitudes de vie, port d'un casque de vélo, etc.). Comme nous l'avons montré cependant, Abel (2008) souligne l'absence de mesures valides et fiables présentes en santé publique pour identifier le capital culturel ainsi que l'importance de nouvelles mesures qui doivent être guidées par un développement théorique conséquent.

Pour approfondir la définition des dimensions du capital culturel, Abel (2007, 2008) propose en guise d'opérationnalisation une première typologie, celle des trois états du capital culturel (objectivé, incorporé et institutionnalisé), développée plus tôt par Bourdieu (1986). La

typologie des états de capital culturel a trouvé un écho important en santé publique. Elle est une dimension centrale de sa définition dans les principaux travaux théoriques sur le concept en santé publique (Abel, 2007, Abel, 2008, Abel et Frohlich, 2012) et est souvent reprise en santé publique pour justifier l'adéquation des mesures utilisées avec le concept (e.g. Kamin, Kolar et Steiner, 2013, Fismen, Samdal et Torsheim, 2012, Schori, Hofmann et Abel, 2014, Veenstra et Patterson, 2012). Cependant, très peu d'études ont cherché à tester le modèle des trois états.

En sociologie, une seule étude a exploré simultanément le modèle des différents états du capital culturel en observant la transmission intergénérationnelle des états du capital culturel entre deux générations (Kraaykamp & van Eijck, 2010). Kraaykamp et van Eijck observent auprès d'adultes néerlandais que chaque état du capital culturel chez les parents est associé à cette même forme chez la prochaine génération. Ils observent que l'état incorporé est l'état le plus influent, étant associé à chacun des états de la prochaine génération et aux deux autres états chez une même génération. Ils observent aussi que l'état objectivé est aussi l'état le moins influent, n'ayant un impact que sur l'état objectivé de la prochaine génération. En santé publique, Kamin, Kolar et Steiner (2013), étudiant la santé perçue auprès d'adultes slovènes, ont produit la seule étude dans notre discipline qui a étudié simultanément l'association de ces trois états – objectivé, incorporé et institutionnalisé – sur une issue de santé. Ils ont observé que les états institutionnalisé et objectivé avaient un effet distinct sur la santé rapportée des individus lorsqu'ils sont inclus dans un même modèle de prédiction. Ils ont aussi observé que les différents états pouvaient avoir un effet conditionnel : le capital incorporé des adultes slovènes avait un effet positif sur la santé perçue chez les femmes ainsi que chez les individus avec une éducation moyenne.

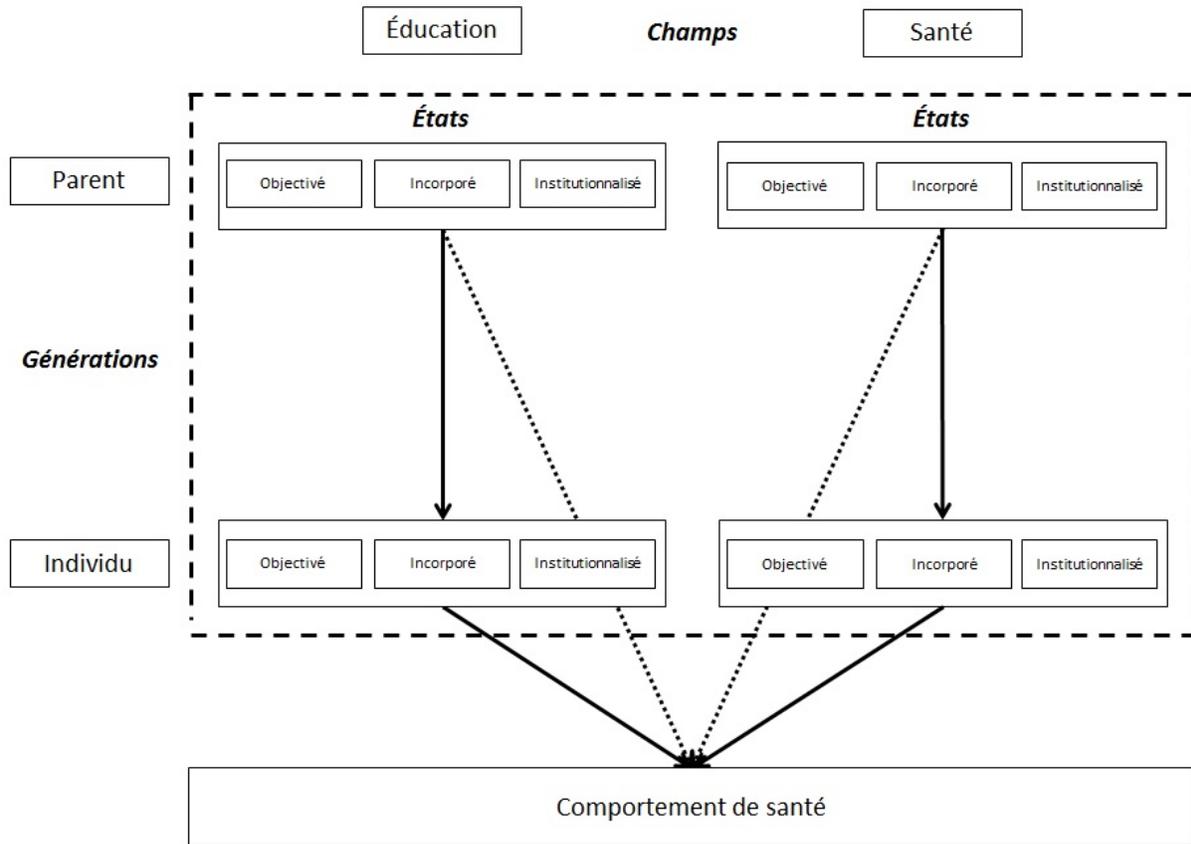
Aujourd'hui, un nombre toujours croissant d'études en santé publique s'intéresse à l'utilisation du concept de capital culturel dans leur examen des inégalités sociales de santé. Pour appuyer le choix de leurs indicateurs, ces études doivent faire face à une littérature théorique avec peu de consensus et à un ensemble disparate d'indicateurs. De plus, très peu d'études empiriques ont présenté les caractéristiques psychométriques de leurs mesures (i.e. corrélations, consistance interne, analyses factorielles, etc.) (Christensen, 2011; Christensen & Carpiano,

2014; Donath et al., 2012; Schori et al., 2014), malgré qu'un nombre important d'entre elles travaille avec des mesures multiples ou composites (Cuypers et al., 2012; Dunt, Hage, & Kelaher, 2011; Khawaja et al., 2007; Khawaja & Mowafi, 2006, 2007). Aujourd'hui, seule l'utilisation des indicateurs du niveau d'éducation et du nombre de livres au foyer a été répétée de façon constante. Ainsi, les développements ci-haut laissent à notre discipline un travail important, à savoir d'avancer la définition du capital culturel de façon à pouvoir mieux l'opérationnaliser et la mesurer. Ce travail doit être fait au risque de continuer à ne mesurer qu'une partie d'un concept ou de tomber dans l'expansion effrénée de sa définition comme rappelait Kingston (2001).

3.2 Cadre théorique

Nous proposons de réinterpréter les différents travaux empiriques qui ont été faits jusqu'à maintenant en santé publique sous un nouveau cadre raffiné qui saurait reprendre les différentes dimensions qui étaient comprises implicitement lorsque ces travaux ont mesuré le capital culturel ou interprété son effet sur la distribution d'un problème de santé donné. Notre objectif est ici d'explicitier le caractère multidimensionnel du capital culturel en exposant ses dimensions et leurs relations afin de guider la mesure et le travail d'interprétation de la recherche qui s'intéresse à ce concept dans l'étude des inégalités sociales de santé. Nous cherchons donc à préciser certains aspects de l'utilisation empirique du concept de capital culturel plutôt qu'à développer les bases théoriques sous lesquels ce concept peut nous permettre de comprendre ces inégalités. Dans les prochaines pages, nous développerons en deux temps notre nouveau cadre conceptuel.

Figure 2. Cadre conceptuel pour comprendre la relation entre le capital culturel et les inégalités de santé



D'abord, nous proposerons une typologie des dimensions présentes dans une définition plus exhaustive d'un capital culturel dans le contexte de la santé ainsi que des relations que l'on peut identifier entre ces dimensions et avec un comportement de santé donné. Pour ce faire, nous articulerons ces dimensions au travers de trois distinctions que nous mettons de l'avant : les états où nous pouvons observer les formes du capital culturel, les champs qui définissent les ressources pertinentes pour la pratique de comportements de santé et les générations où se transmettent et s'accroissent ces ressources. La première distinction reprend la typologie des états du capital culturel de Bourdieu (1986) que nous avons déjà présenté en profondeur au Chapitre 1. Nous focaliserons le développement de notre cadre théorique ici sur les deux nouvelles distinctions qui, sans être explicites au travers de la littérature sur le capital culturel, peuvent être dégagées pour reprendre les ressources culturelles : la distinction entre les

champs de l'éducation et de la santé et la distinction entre des niveaux individuel et parental du capital culturel.

Par la suite, nous développerons l'opérationnalisation de notre nouveau cadre théorique en discutant des principes psychométriques et métrologiques dont il faut tenir compte et en proposant des lignes directrices afin de faire la mesure et l'analyse d'un tel modèle. Nous reprendrons par la suite la littérature en santé publique qui a étudié le capital culturel afin d'identifier des indicateurs qui nous permettraient de reprendre chacune des dimensions que nous avons présentées dans notre modèle de mesure.

3.2.1 Champs

Bourdieu, dans sa conception théorique de la société, développa une approche pour conceptualiser les lieux d'inégalités sociales sous la notion de champs. Ces champs sont définis comme des milieux sociaux où on retrouve les relations de pouvoir entre acteurs qui partagent un même intérêt et qui se battent ensemble pour un contrôle sur les ressources qui permettent aux individus de réaliser cet intérêt (Abel, 2007). Marx et Engels développèrent historiquement cette idée dans leur compréhension de la société sous le travail et l'économie, où les patrons et les prolétaires se divisaient inégalement les moyens de production (le capital économique) nécessaires afin de s'approprier le meilleur travail. Bourdieu (Bourdieu et Passeron, 1964) et ses contemporains développèrent par la suite le concept de champ de l'éducation pour comprendre comment les groupes sociaux, en dépit des mesures qui réduisaient l'impact du capital économique dans l'accès à l'éducation supérieure, se divisaient inégalement le capital culturel nécessaire afin de réussir dans le système éducationnel. Cette notion de champ peut ainsi se décliner dans une approche théorique générale : la théorie des champs permet d'examiner les inégalités sociales liées à un phénomène – dans notre cas la santé – en fonction des luttes de pouvoir liées à la distribution inégale de ressources (économiques, culturelles et sociales) qui permettent l'atteinte d'un but donné.

Sous cette théorie, le capital culturel ne se définit pas de la même manière à l'intérieur de chaque champ. Il doit se manifester différemment puisque ce ne sont pas les mêmes ressources qui permettent aux individus de se positionner socialement et d'agir en fonction de l'intérêt

donné. Nous pouvons facilement imaginer que les connaissances, les valeurs, les comportements et les objets nécessaires à accumuler et à utiliser pour avoir une bonne performance scolaire ou pour obtenir un diplôme universitaire sont bien différents de ceux qui sont nécessaires pour obtenir un traitement médical approprié ou pour se prémunir du tabagisme. Williams (1995) insiste sur le fait que le capital culturel n'existe donc pas en soi, mais seulement en fonction du champ social dans lequel il est articulé. Notre première distinction s'intéresse donc à identifier les champs où on peut définir le capital culturel pertinent à la pratique des comportements de santé.

3.2.1.1 Champ de la santé

Un champ de la santé conçoit que les individus sont des acteurs sociaux qui sont en relation de pouvoir entre eux et qui se distribuent (inégalement) les ressources qui leur permettent de promouvoir leur santé et se prémunir du risque. La notion de champ de la santé conçoit aussi que la santé devient un vecteur par lequel les individus peuvent se positionner entre groupes avantagés et désavantagés. Nous savons aujourd'hui que les comportements et les problèmes de santé ont une place de plus en plus importante dans nos sociétés et qu'elles contribuent à la construction de l'identité des individus (McQueen et Kickbusch, 2007). La façon dont les individus gèrent leur santé est ancrée dans des processus de stratification sociale et la santé assume maintenant aussi un moyen de différenciation sociale (Abel, 2007).

Par exemple, Abel (2007, 2008b) s'intéresse beaucoup au concept de littératie de santé pour identifier un capital culturel qui fait sens dans le champ de la santé. Reprenant les théories sur la littératie de santé (Nutbeam, 2000), il la définit largement comme l'ensemble des connaissances et des habiletés profanes et techniques qui permettent aux individus d'interpréter et de faire face à la santé et la maladie. Il observe que la littératie de santé est développée de façon inégale dans la population en fonction de l'intérêt et de l'accès différent que les groupes ont aux campagnes de sensibilisation et aux technologies de l'information. Cette littératie de santé permet ensuite aux groupes d'avoir un avantage quant à leurs décisions et leurs pratiques face à leurs comportements de santé.

Dans le contexte du tabagisme, plusieurs études ont déjà examiné l'impact des normes, des connaissances et des valeurs liées à la santé qui sont véhiculées dans le milieu familial et leur impact sur l'initiation et le suivi du tabagisme (Jackson & Dickinson, 2006; Jackson & Dickinson, 2011; Kong, Camenga, & Krishnan-Sarin, 2012; Mahabee-Gittens, Ding, Gordon, & Huang, 2010; Murray, Kiryluk, & Swan, 1985). En effet, conçue au travers d'une « socialisation anti-tabagique » (*anti-smoking socialization*), les parents peuvent agir sur l'initiation de la cigarette, son suivi, le nombre de tentatives d'arrêt et la chance de réussir au travers (1) des attitudes et des connaissances qu'ils véhiculent à leurs enfants, (2) de la qualité de la communication entre eux et leurs enfants, (3) du contenu des messages anti-tabagiques qu'ils transmettent à leur enfants et (4) aux pratiques anti-tabagiques que les parents instaurent au foyer (e.g. ne pas fumer à la maison) (Mahabee-Gittens et al., 2010). L'effet de cette socialisation anti-tabagique sur le tabagisme de la prochaine génération reste fort lorsqu'on tenait compte de l'éducation des parents et est présent même chez les parents fumeurs (Jackson & Dickinson, 2006).

Dans la littérature étudiant explicitement le capital culturel, certaines études au niveau qualitatif ont déjà observé dans le contexte des services médicaux comment on pouvait identifier les ressources culturelles qui faisaient sens dans le champ de la santé (Dubbin, Chang, Shim, 2013, Weaver et al., 2014, Bell, 2014). Étonnement cependant, encore peu d'études quantitatives en santé publique ont étudié en profondeur le capital culturel défini dans cette perspective (Vikram et al., 2012).

3.2.1.2 Comportements de santé et « logique pratique »

Pour comprendre la variation des comportements de santé selon les ressources culturelles qui sont disponibles, nous ne pouvons nous concentrer seulement sur le champ de la santé et sur les ressources définies sous celui-ci. En effet, les comportements de santé représentent l'accomplissement de pratiques et de décisions qui sont ancrées dans le quotidien des individus et qui sont souvent accomplies sans même tenir compte de leur effet sur la santé : « [...] *it is possible to argue that much of what we commonly and unthinkingly refer to as 'health-related behaviour' – itself an analytical or second-order construct – is in fact, when viewed in the context of actors' daily lives, part and parcel of a practical rather than an*

abstract logic. » (Williams, 1995, p. 583). Cette « logique pratique » est donc l'accumulation des décisions prises en fonction de plusieurs objectifs simultanés au confluent de plusieurs champs; tenir compte que d'un seul objectif (i.e. celui de promouvoir sa santé ou se prémunir du risque) limite notre compréhension du stock total de ressources que les individus peuvent accumuler et utiliser face à un comportement donné. Williams (1995) fait une critique rigoureuse de cette vision en observant (1) que les pratiques de santé des individus sont souvent peu associées avec les valeurs et les normes liées à la santé que les individus véhiculent de façon consciente et (2) que les différents comportements de santé tendent à n'être que modérément associées ensemble :

« To summarise, whilst there appears to be a logical connection between concepts of health, beliefs about health maintenance, and health-related forms of behaviour, empirical evidence suggest that their importance may in fact have been overestimated, and that the relationship between (health) knowledge and action is a problematic one. » (Williams, 1995, p. 580)

Plusieurs études qualitatives utilisant l'approche du capital culturel ont déjà examiné la façon dont certaines perceptions et comportements de santé – e.g. la consommation d'alcool ou de cigarettes, les comportements sexuels à risque – découlaient ou répondaient à d'autres intérêts tout autres que celui de la santé (Adam, Husbands, Murray, & Maxwell, 2008; Allan, Clifford, Ball, Alston, & Meister, 2012; Haines et al., 2009; Williams, 1995). Williams (1995) observe que les ressources culturelles définies dans le champ de la santé acquièrent une importance surtout lorsque l'enjeu de la santé devient saillant, dans des contextes comme celui de la gestion de la maladie ou dans l'interaction avec les professionnels de santé.

3.2.1.3 Champ de l'éducation

Ainsi, il faut être capable d'identifier les instances où le capital culturel peut être pertinent à la pratique de comportements de santé sous d'autres champs que celui de la santé. C'est ici qu'il devient difficile de cerner une notion exhaustive du capital culturel : la définition du capital culturel peut se décliner dans un nombre « expansif » de champs, pour reprendre la notion de Kingston (2001), mais en contrepartie, les comportements de santé sont bien la résultante des actions produites dans plus d'un champ. Pour reprendre un portrait parcimonieux du capital culturel en santé, nous proposons d'inclure avec le champ de la santé celui de l'éducation.

Selon la théorie du capital culturel, le parcours éducationnel est un milieu et une étape de vie centrale dans le processus de socialisation des individus. Ceux-ci y sont amenés à développer un bagage de compétences formelles et d'apprentissages informels qui les amènent *prima facie* à mieux performer dans le système éducationnel (Bourdieu, 1979). Cependant, par extension, ces acquis ont aussi une retombée importante sur les autres contextes de vie. Reprendre les ressources culturelles qui font sens dans le champ de l'éducation peut nous permettre de circonscrire le capital culturel qui est pertinent pour étudier les comportements de santé, et ce de deux façons.

D'abord, les indicateurs comme le niveau d'éducation, l'intérêt pour l'éducation ou la performance scolaire sont chacun garant du processus de socialisation accompli où les individus acquièrent les compétences cognitives et techniques qui modulent leurs pratiques quotidiennes et ainsi, les comportements de santé dont ils feront l'initiation, l'arrêt ou l'évitement. Dans le cas du tabagisme, l'effet du niveau d'éducation a été étudié au travers d'un ensemble de facteurs psychosociaux – la gestion du stress, la capacité de contrôle, l'accès à et la compréhension de l'information de santé, l'acquisition d'habiletés cognitives, la pensée critique et la méthode scientifique, les préférences liées au risque/bénéfice, etc. – qui chacun modulent la capacité des individus à quitter ou à se prémunir du tabagisme (Cutler & Lleras-Muney, 2010; Harwood, 2007; Huisman et al., 2012; Jusot & Khlat, 2013; Lawlor et al., 2005; Margolis, 2013). Pennanen et al. (2011) observent aussi que le lien entre la performance scolaire et leur intention de fumer peut être examiné au travers de leur auto-efficacité (*self-efficacy*) : les étudiants avec une faible performance scolaire ont plus de chance de reporter une plus faible capacité à refuser d'essayer la cigarette, d'avoir une influence plus forte de leurs pairs, d'avoir des attitudes plus favorables par rapport au tabagisme et de se plier davantage à la tentation de l'initiation.

Ensuite, ces indicateurs nous permettent d'identifier le positionnement social des individus par leur appartenance à différents groupes en fonction de leur parcours éducationnel. C'est ici que l'aspect symbolique des problèmes et des comportements de santé prend corps : les individus avec une forte éducation sont amenés à s'identifier au travers de certains comportements, dispositions ou préférences qui sont elles liées à la santé. Williams (1995) observait, dans son

analyse de l'œuvre de Bourdieu, que la perception du corps, de la nourriture et de l'activité physique était toutes définies socialement différemment selon la position sociale définie par leur niveau d'éducation au-delà de leur association à la santé. Elstad (2010), dans sa revue des mécanismes permettant l'initiation et le maintien des comportements de santé chez les adolescents, observe que les jeunes qui ne réussissent pas dans le milieu éducationnel sont plus à risque de développer des comportements (tabagisme ou consommation d'alcool) qui ne sont pas valorisés dans ce milieu, mais qui sont valorisés dans d'autres contextes sociaux. Il observe que les adolescents intériorisent les pratiques attachées à certains groupes sociaux (par exemple, le tabagisme et les groupes défavorisés) et tentent de les émuler lorsqu'ils ne s'attendent à ne pas réussir dans leur parcours scolaire. Krangle et Pedersen (2001) reprennent le caractère symbolique de la cigarette et observent le lien qui est fait entre sa consommation, la santé et l'éducation :

« The health hazards and the high prevalence of smoking among the socially deprived are tendencies that are becoming common knowledge. [...] No longer a symbol of modern autonomy, the 'Marlboro man' has become an addicted, depressed, unemployed, poorly educated, partly criminal and heavy-drinking dude. Symptomatically, the real 'Marlboro man' is now dead of lung cancer. Smoking today is increasingly associated with illness, marginality and deprivation. » (Krangle et Pedersen, 2001, p. 157)

3.2.2 Générations

Une seconde distinction importante dans la définition du capital culturel est dans les différentes générations où s'effectuent le transfert et l'accumulation des ressources culturelles dans le temps. En amont au travail en santé publique, une partie importante de la recherche dans le domaine de l'éducation s'est intéressée à comprendre l'effet conjoint des pratiques et attitudes parentales et individuelles sur la performance scolaire et l'atteinte d'un diplôme dans la prochaine génération. De fait, un des mécanismes les plus puissants de la reproduction des inégalités sociales, et par extension des inégalités de santé, est conçu sous la transmission intergénérationnelle des ressources qui permettent aux individus un avantage social (Bourdieu, 1979). Comme l'approche du parcours de vie (Ben-Shlomo & Kuh, 2002) l'a démontré en santé publique, cet avantage social s'exerce dès le plus jeune âge et s'exacerbe au travers des

différentes trajectoires de vie qu'il permet dès l'enfance (Graham & Power, 2004), à l'adolescence (Due et al., 2011) jusqu'à chez les jeunes adultes (Scharoun-Lee et al., 2009; Scharoun-Lee et al., 2011). Cet avantage social n'agit non seulement sur l'exposition aux facteurs de protection et de risque à la maladie et aux comportements délétères au travers de la vie, mais aussi en amont à l'exposition continue aux conditions socioéconomiques qui moduleront par la suite ces facteurs premiers dans le temps (Quesnel-Vallee & Taylor, 2012).

3.2.2.1 Mécanismes dans le champ de la santé

Utilisant le concept de socialisation, Singh-Manoux et Marmot (2005) proposent de penser la reproduction générationnelle des comportements de santé comme le tabagisme au travers du processus d'apprentissage qui inclut non seulement l'imitation du comportement en question, mais aussi des « structures mentales » propres aux groupes sociaux qui facilitent l'acquisition des valeurs, normes et comportements qui sont propres à un groupe donné. Ainsi, dans le cas du tabagisme, les groupes sociaux privilégiés ne se prémunissent pas du tabagisme seulement en le rejetant *directement*, mais additionnellement en inculquant *indirectement* l'intérêt pour l'acquisition de connaissances, d'un mode de vie sain et une régulation des environnements de vie et de travail, qui sont tous facteurs de risque au comportement tabagique (Vagero & Illsley, 1995). De plus, ce processus de socialisation perdure pendant une grande partie du parcours de vie et ne se dissipe pas rapidement : Hill et collègues (2005), étudiant l'effet des attitudes parentales sur le tabagisme de leurs enfants, observent auprès d'une cohorte d'adolescents entre 10 et 21 ans que ces attitudes gardent un effet protecteur constant dans le temps sur le risque d'initiation du tabagisme de leurs enfants.

3.2.2.2 Mécanismes dans le champ de l'éducation

Il est reconnu depuis longtemps que la structure des groupes sociaux est fortement reproduite au travers des générations alors que le niveau d'éducation des parents est généralement fortement associé à celui de la prochaine génération (Bourdieu, 1977 (1971)). Ce mécanisme est au plus fort lorsque la structure familiale est composée des deux parents biologiques ensemble et lorsqu'ils partagent les mêmes valeurs liées à l'éducation (Gniewosz & Noack, 2012; Martin, 2012). Ce mécanisme de transmission intergénérationnel peut aussi être observé

au travers d'indicateurs liés au milieu culturel familial. Par exemple, Park (2008) examine dans un large échantillon international que les pratiques de lecture des parents, leurs attitudes liées à la lecture et le nombre de livres au foyer ont chacun un effet sur la performance scolaire de l'enfant plus tard. Evans et collègues (2010) ont aussi observé qu'un nombre élevé de livres au foyer pouvait offrir en moyenne trois années de plus de scolarité lorsque comparé aux individus sans livres au foyer, et ce en contrôlant pour l'éducation des parents. Cependant, l'effet des ressources parentales diminue au fur et à mesure qu'il développe les propres compétences liées à l'éducation chez les enfants. Carvalho (2012) a observé que le niveau d'éducation des individus à 21 ans était fortement prédit par leur performance scolaire à l'adolescence et que cette performance médiatisait fortement l'effet de l'éducation parentale sur l'atteinte d'un diplôme. De la même façon, Fergusson, Horwood et Boden (2008) ont observé que le statut socioéconomique des parents avait un effet sur le niveau d'éducation de jeunes adultes qui était partiellement médiatisé par leurs propres attitudes et aspirations liées à l'éducation.

Evans et collègues (2010) recensent que, dépendamment de l'indicateur utilisé, le milieu culturel éducationnel au foyer peut prédire un meilleur niveau d'éducation futur surtout au travers du fait que les jeunes avec un milieu familial favorable tendent à mieux performer dans le milieu scolaire. Ainsi, les ressources culturelles éducationnelles des parents permettent le développement des ressources culturelles éducationnelles de la prochaine génération. Il est donc important de s'intéresser, au-delà du niveau d'éducation des parents, aux autres indicateurs qui peuvent rendre compte des ressources culturelles qui définissent le milieu éducationnel et les ressources éducationnelles présentes chez l'individu.

Finalement, nous pensons, comme d'autres (Singh-Manoux, 2005), que la période au cours de laquelle le milieu familial - et leurs conditions socioéconomiques – supporte ou influence la capacité et la vulnérabilité des individus face à la santé ou au tabagisme dépassent de loin les premières années de vie et peuvent perdurer tout au long du parcours de vie. Nous avons aussi déjà observé dans le Chapitre 1 que même chez les jeunes adultes, leurs transitions de vie ne les amènent pas à devenir immédiatement ou complètement indépendants de leurs parents et que ces transitions de vie tendent à apparaître de plus en plus tardivement dans la conjoncture

sociale. Ainsi, il est important de considérer l'ensemble des ressources culturelles auquel les groupes d'individus ont accès en tenant compte à la fois des ressources qu'ils sont en train de développer et celles qui existent dans leur milieu familial (Krieger et al., 1997, Scharoun-Lee et al., 2009).

3.3 Vers une application empirique

La figure 2 rassemble dans un modèle graphique l'élaboration de notre définition d'un capital culturel pertinent en santé. Ce modèle nous permet d'explicitier les différentes dimensions présentes ainsi que les relations entre elles et avec l'issue de santé donnée. Le carré en pointillé dans la figure reprend ce qui est entendu implicitement par le terme de capital culturel en santé dans son sens le plus large. Il est alors conçu comme un concept unidimensionnel où chacun des indicateurs qui puissent être utilisés reprendrait un même construit latent. Cependant, nous avons démontré que le capital culturel n'est pas un concept unidimensionnel. Kraaykamp et van Eijck (2010), observant les différentes relations présentes entre les états du capital culturel, se demandaient même « *Should we perhaps start speaking of cultural capitals in the plural?* » (p.226).

En addition à la typologie des états du capital culturel de Bourdieu (1986), nous avons présenté deux distinctions sous lequel le capital culturel pouvait être identifié : (1) sous les deux champs de l'éducation et de la santé et (2) sous les deux niveaux des individus et de leurs parents. En effet, au travers des processus de socialisation issus du milieu familial et du parcours scolaire, les individus développent et accumulent un ensemble de compétences et de préférences, spécifiques à la santé ou non, qui module leur capacité à pratiquer ou éviter certains comportements de santé comme le tabagisme. Ces processus d'apprentissage, explicites et implicites, se perpétuent et continuent d'être importants tout au long du parcours de vie des individus. Ensemble, ces deux distinctions représentent quatre divisions où nous pouvons identifier un stock de ressources culturelles qui toutes ensemble constituent le capital culturel pertinent à la santé. Joignant à ces distinctions les trois états du capital culturel, nous pensons offrir un effort original d'opérationnalisation du capital culturel.

Pour illustrer notre cadre de référence, nous proposons maintenant d'en faire l'application empirique partielle auprès d'un échantillon de jeunes adultes en étudiant l'association entre certaines parties de notre modèle avec leur comportement tabagique. Retournant à nos objectifs de recherche, notre travail empirique et notre cadre de référence nous permettront de supporter que le capital culturel soit un concept complexe qui ne peut être mesuré simplement par des indicateurs de façon interchangeable. De plus, notre travail empirique nous permettra de supporter l'utilité d'une compréhension plus complexe du capital culturel pour examiner le portrait des inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes.

CHAPITRE 4 - MÉTHODOLOGIE

4.1 Description de l'étude

Ce mémoire utilise les données issues du projet *Interdisciplinary Study on Inequalities in Smoking* (ISIS). Le financement du projet ISIS a été accordé par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (2012-2015; MOP-110977). L'objectif général du projet ISIS est de comprendre de façon plus spécifique l'entrejeu entre les variables individuelles et contextuelles dans l'explication des inégalités sociales liées au tabagisme. L'objectif de ce présent mémoire se distingue de l'objectif général en examinant plus précisément le travail et l'opérationnalisation d'un des concepts définissant les caractéristiques individuelles, à savoir le capital culturel, dans l'explication des inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes.

4.1.1 Population et stratégie d'échantillonnage

La population d'étude constitue les jeunes adultes (hommes et femmes) non-institutionnalisés entre 18 et 25 ans qui habitaient sur l'île de Montréal à leur adresse résidentielle depuis au moins un an et qui avaient la capacité de parler français ou anglais. L'échantillon initial a été obtenu auprès de la banque de données du programme d'assurance-santé du Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), grâce à l'accord de la Commission d'accès à l'information (CAI). La RAMQ a procuré au projet une base de données avec le nom, le sexe, la date de naissance, la langue de préférence et l'adresse résidentielle de 6,020 individus choisis de façon aléatoire sur le territoire de l'île de Montréal.

La stratégie d'échantillonnage du projet ISIS avait deux niveaux : des jeunes adultes qui sont inclus à l'intérieur de régions géographiques, les secteurs socio-sanitaires des Centres locaux de services communautaires (CLSC). L'échantillon initial a été stratifié de façon à obtenir un nombre égal d'hommes et de femmes ainsi qu'un nombre égal distribué entre les 35 secteurs de CLSC présents ($n = 172$).

Le contact avec les participants s'est fait au travers d'une lettre nominalisée envoyée par la poste aux adresses obtenues auprès de la RAMQ. À l'intérieur, les participants étaient invités à compléter un questionnaire en ligne sur le site du projet ISIS. Les participants étaient aussi invités dans la lettre à contacter l'équipe de recherche afin de

participer par téléphone, papier ou en personne si la méthode en ligne ne leur convenait pas. La majorité des répondants ont participé en ligne (90%). Une récompense de 10\$ était offerte lors de la complétion du questionnaire sous la forme d'une carte-cadeau échangeable chez Cineplex Odeon, iTunes ou Renaud-Bray. Un formulaire de consentement complet était présenté en ligne avant le commencement du questionnaire. Ce même formulaire était présenté au début des questionnaires version papier et lors des entrevues téléphoniques.

Les participants potentiels ont été contactés en plus au travers de trois lettres de rappel et d'appels téléphoniques (voir Gagné et al. (2014) pour plus de détails sur la méthodologie du recrutement). Les participants potentiels ont aussi été géocodés à partir des adresses résidentielles données par la RAMQ afin d'obtenir le quartile de défavorisation (Pampalon & Raymond, 2003) de leur quartier de résidence (calculé au niveau de l'aire de dissémination (Statcan, 2014)). L'équipe du projet a suivi les différents taux de participation en fonction de ces quartiles de défavorisation et des secteurs de CLSC et a ajusté les procédures de recrutement et de rappel au cours de la période de recrutement afin d'optimiser la distribution de l'échantillon.

4.1.2 Considérations éthiques

L'approbation éthique pour le projet ISIS, dans lequel s'inscrit ce mémoire, a été obtenue auprès du comité d'éthique à la recherche de l'Université de Montréal (#11-019-CERFM-D) (Comité d'éthique de la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine) (voir Annexe 1). Un formulaire de consentement a été distribué à tous les participants potentiels, les informant sur le but du projet de recherche, les modalités de confidentialité, les risques et bénéfices associés à la participation ainsi que sur la possibilité de refuser de participer à tout moment au cours de l'étude sans aucun préjudice (voir Annexe 2). Les analyses sont faites à partir de la base de données extraite du serveur ISIS qui est anonymisée. Tous les documents associés aux données sensibles des participants sont sécurisés dans une armoire fermée sous clé, seulement accessible par la chercheuse principale du projet et la coordinatrice du projet.

4.1.3 Échantillon

Le questionnaire a été administré entre novembre 2011 et août 2012. À la fin de la période de recrutement, 3,111 participants éligibles n'ont pas répondu à l'invitation, 349 participants éligibles ont refusé de participer à l'étude et 458 participants ont été identifiés comme non-éligibles (voir Annexe 3 pour la procédure de recrutement de l'échantillon). Les critères d'exclusion étaient l'âge (avoir plus de 25 ans au moment du contact), la mobilité résidentielle (habiter depuis moins d'un an à l'adresse actuelle au moment du contact), l'absence de compétence linguistique (pouvoir comprendre le français ou l'anglais), la faible santé (maladie, décès) et l'absence de longue durée (six mois et plus). Après nettoyage des questionnaires non-complétés, un nombre total de $n = 2,093$ participants avait répondu au questionnaire. Le taux de réponse final était de 37.6%. En étudiant les différences entre répondants et non-répondants, la comparaison des caractéristiques sociodémographiques des 2,093 participants avec un échantillon représentatif (ESCC, 2014) nous indique que l'échantillon ISIS est légèrement plus favorisé (61% ont terminé un diplôme collégial contre 54%).

4.2 Données

Les participants ont rempli un questionnaire auto-administré qui comportait 98 questions sur leur santé, leur comportement tabagique, leur quartier et plusieurs informations sociodémographiques. Le questionnaire est présenté en version complète à la dernière annexe. Le questionnaire prenait environ une vingtaine de minutes à compléter en ligne. Après une première élaboration du questionnaire en 2009-2010, une version finale a été établie en 2010-2011 à l'aide de focus-groups, d'une validation de contenu auprès d'experts en sociologie et en santé publique et d'analyses de fiabilité test-retest.

4.2.1 Mesures

La définition opératoire et la présentation des statistiques descriptives des variables à l'étude sont présentées aux annexes 4 et 5. Le tableau des définitions opératoires reprend le libellé des

questions utilisées, la source utilisée pour la question si elle provient d'un autre questionnaire ainsi que l'échelle et le codage des réponses.

Variables indépendantes

Quatre indicateurs sont utilisés pour reprendre les différentes dimensions du capital culturel que nous avons mis de l'avant.

Premièrement, l'indicateur du **nombre de livres dans le foyer** reprend la dimension éducationnelle des parents. Il a été mesuré en demandant « *Veillez estimer le nombre de livres qui se trouvaient dans votre logement lorsque vous étiez enfant* » avec une échelle de cinq choix de réponse entre « Moins de dix » et « 400 ou plus ». Cet indicateur a été utilisé dans plusieurs études pour reprendre le milieu familial et le capital culturel des individus pour prédire à la fois le niveau d'éducation futur (Park, 2008, Evans et al., 2010) et différents problèmes de santé (Iversen et Holsen, 2008, Fismen, Samdal et Thorsein, 2012, Pedersen et von Soest, 2014, Schori, Hofmann et Abel, 2014). Dans une autre étude, cet indicateur a montré une bonne fiabilité test-retest (Evans et al., 2010).

Deuxièmement, l'indicateur de l'**importance de la santé au foyer** représente le capital culturel présent dans un contexte de santé dans la famille. Il a été mesuré en demandant « *Lorsque vous étiez enfant, quelle importance vos parents accordaient-ils à un mode de vie sain?* », avec un choix de quatre réponses entre « Aucune importance » et « Beaucoup d'importance ». Cet indicateur a été utilisé dans une autre étude pour reprendre les valeurs de santé de jeunes adultes (Schori, Hofmann et Abel, 2014).

Troisièmement, le **niveau d'éducation** représente le capital culturel éducationnel présent chez le jeune adulte. Il a été obtenu en demandant « *Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?* » avec treize choix de réponse entre « Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle » jusqu'à « Doctorat ». Le niveau d'éducation a été recodé sous quatre catégories : « Moins d'un secondaire complété », « Secondaire complété », « Diplôme collégial complété » et « Diplôme universitaire complété ».

Enfin, l'indicateur de la **capacité à rechercher de l'information de santé** reprend le capital culturel dans le contexte de santé des jeunes adultes. De plus en plus d'études qui s'intéressent aux patrons de recherche d'information de santé observent que les individus avec un haut statut socioéconomique tendent à utiliser plus de sources d'information et à davantage utiliser les technologies de l'information comme l'internet (Bell, 2014; Weaver et al., 2014). L'indicateur a été mesuré en demandant « *Lorsque vous avez des questions à poser au sujet de votre santé, à qui les posez-vous en premier?* » en pouvant choisir plus d'un choix de réponse. Les cinq choix de réponse étaient « A un professionnel de santé », « A un membre de la famille », « A un(e) ami(e) ou à une autre personne », « Vous cherchez les réponses sur internet » et « Vous ne les posez à personne ». Nous utilisons les cinq variables qui reprennent chacune un des choix de réponse séparément.

Variables dépendantes

Pour reprendre le comportement tabagique des jeunes adultes, nous avons utilisé deux variables : le statut tabagique et le nombre de cigarettes fumées au cours d'une journée chez les fumeurs. Les questions utilisées pour reprendre le comportement tabagique des jeunes adultes proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), une enquête conduite sous l'organisme de Statistique Canada (ESCC, 2014) .

Premièrement, le **statut tabagique** a été mesuré, après avoir filtré les individus qui n'ont jamais fumé une cigarette complète, en demandant « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? » avec les choix de réponse « Jamais », « A l'occasion » et « Tous les jours ». Les participants qui ont répondu « A l'occasion » et « Tous les jours » ont été codés ensemble en tant que fumeurs actuels. Les participants ont ensuite été recodés avec le restant de l'échantillon en tant que non-fumeurs et fumeurs actuels.

Deuxièmement, le **nombre de cigarettes fumées au cours d'une journée chez les fumeurs** a été obtenu en demandant aux fumeurs occasionnels « Les jours où vous fumez, combien de cigarettes fumez-vous habituellement? » et aux fumeurs quotidiens « Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour? ». Les réponses des deux variables ont été recodées dans une seule même variable.

Variables de contrôle

L'âge et le sexe des participants ont été recueillis avant l'administration du questionnaire auprès de la banque de données de la RAMQ.

4.3 Analyses statistiques

À partir du n initial de 2,093, dix personnes ont été enlevées en fonction d'un code erroné sur nos variables dépendantes pour un n d'analyse de 2,083. Un seul participant avait une valeur extrême sur le nombre de cigarettes fumées (50 cigarettes) et sa réponse a été recodée à la prochaine valeur la plus élevée (30 cigarettes). Puisque nous avons un nombre restreint de données manquantes dans nos variables d'analyse (entre 0% et 4.25% par variable), toutes les analyses sont faites en enlevant tous les cas avec une donnée manquante dans les différentes variables utilisées dans un modèle (*listwise deletion*).

Relations entre les indicateurs

Pour examiner les relations entre les variables de capital culturel, nous utiliserons des corrélations polychoriques bivariées pour observer la force et la direction de leurs associations. Alors que les corrélations de Pearson présupposent que les variables associées soient continues, les corrélations polychoriques permettent d'étudier l'association de variables dichotomiques ou ordinales en faisant l'assomption que celles-ci présentent une distribution latente normale (Uebersax, 2006). Les corrélations polychoriques ont été effectuées sur le logiciel MPlus 7.0 (Muthén & Muthén, 1998-2013).

Relations entre les indicateurs de capital culturel et le tabagisme

Pour observer l'association entre nos indicateurs de capital culturel et le comportement tabagique des jeunes adultes, nous utiliserons deux modèles de régression.

Premièrement, pour examiner les relations entre les indicateurs de capital culturel et le statut tabagique, nous utiliserons un modèle hiérarchique de régression logistique. Nous rapporterons les estimations ponctuelles (*odds ratios*), leur intervalle de confiance à $\alpha = .05$

ainsi que les indices d'ajustement du modèle aux données à chaque séquence (pseudo R^2 de Nagelkerke et indice de *loglikelihood*).

Deuxièmement, pour étudier l'association entre nos indicateurs de capital culturel et le nombre de cigarettes fumées, nous utiliserons un modèle hiérarchique de régression linéaire. Les mêmes séquences que pour le premier modèle de régression seront étudiées pour reprendre l'effet des différents indicateurs de capital culturel. Nous rapporterons les coefficients non standardisés, leur intervalle de confiance à $\alpha = .05$ ainsi que la variance expliquée (R^2) par les indicateurs à chaque séquence.

L'utilisation d'un modèle hiérarchique nous permet d'examiner l'effet des indicateurs en différentes séquences. L'ordre d'entrée des variables en différents « blocs » dans un modèle hiérarchique se fait selon la logique du cadre théorique et selon la priorité causale attribuée aux variables (Tabachnick & Fidell, 2001). Alors que le niveau parental est logiquement antécédent au niveau individuel, nous avons décidé d'ajouter en premier les variables liées au champ de l'éducation, puisque celles-ci peuvent influencer subséquemment l'accumulation de ressources dans le champ de la santé. Ainsi, nous entrerons séquentiellement : la variable éducationnelle au niveau parental (« Nombre de livres au foyer ») avec nos variables contrôles (BLOC 1) ; la variable de santé au niveau parental (« Importance de la santé au foyer ») (BLOC 2) ; la variable éducationnelle au niveau individuel (« Niveau d'éducation ») (BLOC 3) ; les cinq variables de santé au niveau individuel (« Recherche d'information de santé ») (BLOC 4).

Les analyses descriptives et tous les modèles de régression ont été faits avec le logiciel SPSS 20 (IBM, 2011).

CHAPITRE 5 - ARTICLE

COVER PAGE

Title

Developing dimensions of cultural capital for the study of health inequalities using smoking among young adults as a case example

Authors

Thierry Gagné, Katherine L. Frohlich

Institutional affiliation

Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal, École de Santé Publique de l'Université de Montréal

Corresponding author

Thierry Gagné

Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal

7101 av du Parc, bureau 3186

H3N 1X9

Montréal (QC), Canada

ABSTRACT

Cultural capital is a sociological concept enjoying increased use in research focused on social inequalities in health. While theory and empirical work suggest that cultural capital is the combination of distinct dimensions, newfound proponents in health inequality research tend to understand it as a unidimensional concept. We propose a new conceptual framework articulating cultural capital through three dimensions - fields, generations and states – to move beyond this tendency. Fields are instances of power relations among individuals sharing a common aim where the specific cultural resources that provide social advantage are defined. Generations are the main mechanism of capital transmission and reproduction of social inequalities through heritage and socialization. States help conceptualize cultural resources to better understand how capital is transmitted and used in health practices. To illustrate our framework we conduct an empirical application using data on social inequalities in smoking in young adults as a case example. We use panel data from the Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking project that recruited 2,093 young adults in Montreal, Canada in 2011-2012. As cultural capital indicators we used level of education, number of books in the household, importance of health in the household and sought sources of health information. We examine correlations between indicators and their associations with two outcomes – current smoking status and number of cigarettes smoked daily by smokers – using hierarchical logistic and linear regression models. We found low correlations among our indicators. We also found significant associations between our indicators in both the education and health fields and both generations and smoking outcomes. In light of our framework and results, we suggest that a multidimensional approach may provide a better understanding of the mechanisms promoting social inequalities in health practices.

KEY WORDS

Cultural capital, education, health behaviours, social inequality, smoking, young adults

MAIN TEXT

INTRODUCTION

Cultural capital theory has been gaining increased traction in public health research to explain how social inequalities in health in contemporary societies are generated and to explore new indicators and measures in association with health behaviours and outcomes (Mackenbach, 2012, Schori, Hofmann, Abel, 2014, Patterson & Veenstra, 2012, Dubbin, Chang & Shim, 2013, Christensen & Carpiano, 2014, Abel & Frohlich, 2012). While Bourdieu's concept of cultural capital (Bourdieu, 1979, 1986) has received much earlier attention in sociology, a few recent key articles (Abel, 2008a; Khawaja & Mowafi, 2006; Shim, 2010; Veenstra, 2007) moved the concept to the forefront of social theories concerning social inequalities in health (Mackenbach, 2012). Cultural capital is defined here as the values, knowledge, behaviours, objects and credentials that are acquired during the lifecourse through socialization (Malat, 2006). Accumulation of these resources enables individuals to avoid exposure to risk and follow safe and healthy practices (Abel, 2008).

In health inequality studies, two main bodies of work have explored cultural capital using highbrow (i.e. cultural activities such as attendance at theaters, museums, classical music concerts, etc.) and educational indicators. First, following Khawaja and colleagues (Khawaja et al., 2007; Khawaja & Mowafi, 2006, 2007) who found that participation in cultural activities (e.g. reading, playing a musical instrument, attending movies, volunteering) was a predictor of better physical and mental health in poor Lebanese women, others interested in cultural activities started citing cultural capital literature as a way of explaining these effects (Christensen, 2011; Christensen & Carpiano, 2014; Cuypers et al., 2012; Kanaan & Afifi, 2010; Logstein et al., 2013). At the same time, cultural capital has been increasingly explored in health inequality research using educational attributes: e.g. level of education (Abel et al., 2011; Patterson & Veenstra, 2012; Semyonov, Iarocci, Boccia, & La Torre, 2012), academic orientation (Berten et al., 2012; Van Rossem et al., 2010), educational aspirations (Madarasova Geckova et al., 2010) or presence of books in the household (Fismen et al., 2012; Iversen & Holsen, 2008; Pedersen & von Soest, 2014; Schori et al., 2014). Inspired by the importance attributed to education in Bourdieu's conceptualization of social inequality (Bourdieu, 1977 (1971)), these authors suggest that

success in education further allow individuals to distinguish themselves in advantaged social groups where beneficial health-related practices are promoted (Abel, 2008).

Despite the growing literature in health inequality studies and its prior development in sociology, we argue that research on cultural capital still faces one major obstacle. When cultural capital is studied as a predictor of health inequalities, it is often conceptualized as a unidimensional construct in spite of encompassing a series of distinct concepts such as cultural activities (e.g. going to the opera, the movies or an exhibition), credentials (e.g. level of education or academic orientation), educational practices and goods (e.g. number of books in the household, parental reading practices, parental communication during supper), general knowledge (e.g. communication skills or language proficiency), etc. (Abel et al., 2011; Berten et al., 2012; Cuypers et al., 2012; Dunt et al., 2011; Iversen & Holsen, 2008; Kamin, Kolar, & Steiner, 2013; Khawaja & Mowafi, 2006; Logstein et al., 2013; Van Rossem et al., 2010; Vikram, Vanneman, & Desai, 2012).

Concerns about the definition and operationalization of cultural capital are not new. Following Bourdieu's seminal work (1979), Lamont and Lareau (1988) observed that Bourdieu's original theory presented problems of operationalization and that the concept was concurrently being studied with a growing number of definitions and indicators. Even today, little attention has addressed the implications of choosing one operationalization over another (Yaish & Katz-Gerro, 2010). However, there is theoretical and empirical work able to guide the definition of cultural capital dimensions for the study of health inequalities. Using Abel's work (2007, 2008) on Bourdieu's typology of states (1986), Kamin, Kolar and Steiner (2013) observed that different forms (objects, knowledge and credentials) of cultural capital could jointly influence adults' health. In another study, Schori, Hofmann and Abel (2014) found that parents' cultural capital could influence young adults' smoking behaviour beyond their own education by promoting health values in the household and through the inculcation of health values. To reverse the tendency towards unidimensionality and tackle the lack of coherence between its numerous operationalizations, scholars urge cultural capital proponents to further conceptualize the inherent dimensions that should be understood under the umbrella term of cultural capital (Kingston, 2001; Lareau & Weininger, 2003).

In this paper we propose a new theoretical framework anchored in three dimensions to help understand how cultural capital can be better considered in the context of health inequalities: (1) the *fields* that shape its relevance for health; (2) the *generations*, where we can examine its continuing transmission and influence and; (3) the *states* under which we can observe it. To further illustrate our argument, we present an empirical application of our framework using data on social inequalities in smoking among young adults as a case study. We then return to our framework in light of our empirical results.

CONCEPTUAL FRAMEWORK

Please insert Figure 1 somewhere around here.

1. Fields

To first circumscribe potential dimensions of cultural capital we need to examine the instances of social inequalities that can then translate themselves into health inequalities. In other words, what are the cultural values, knowledge, behaviours, objects and credentials that are socially distributed and relevant to health inequalities? The current trend in health inequality research (i.e. using highbrow artistic or educational indicators to operationalize cultural capital) has been strongly influenced by the scholarship from other disciplines in the last three decades (Kingston, 2001, Lareau and Weininger, 2003). We argue, however, that highbrow and educational attributes do not themselves exhaustively represent the resources that make cultural capital pertinent to health inequalities and are not sufficient to explain why inequalities arise. In Bourdieu's terminology, highbrow and educational attributes both represent *fields*, i.e. instances of inequality where disadvantaged and advantaged groups unequally share the necessary resources to achieve their goals (e.g. enjoying highbrow artistic activities or success in education) and concurrently gain social status. However, health inequalities are a distinct and unique phenomenon in opposition to other cultural capital applications. We may wish to have another look at cultural capital theory to develop a theory-driven understanding of its health-relevant dimensions, i.e. its *fields*, when exploring cultural capital in health inequalities.

The concept of field was developed during Bourdieu's initial work on educational inequalities: a field of education separates the working and elite classes according to their unequal cultural capital ownership, with mechanisms that promote the reproduction of inequality over time

(Bourdieu, 1979). By extension, field theory studies social inequalities in a given domain by analyzing the forms of capitals (economic, social and cultural), the shape of its distribution and the mechanisms that reproduce these patterns (Martin, 2003). Based on the idea of fields, social inequalities in health could be understood using a single field of health (Abel, 2007). However, to understand social inequalities in health, a single field might not be enough to grasp the broader reservoir of cultural resources that have meaning for individuals' health-related practices (Williams, 1995, Bava, Jaegar and Park, 2008). Williams (1995), in his application of Bourdieu's theory to health inequalities, observed that individuals' health-related practices (e.g. smoking, drinking, cooking healthy foods or doing physical activity) were often the result of daily decisions and actions nested at the confluence of different interests, i.e. fields, beyond promoting their health. Here we propose to explore two fields that we feel provide a better explanation of relevant resources in the study of cultural capital and health inequalities: health and education. We present in Figure 1 how fields first shape our operationalization of health-relevant cultural capital. While cultural resources can only be defined in the field where it is understood, we chose a larger rectangle to represent health-related behaviour to show that it is the result of the values, knowledge, skills and habits present in the two fields of education and health.

We first argue that health could represent a field on its own and be conceptualized as *one* of the relevant fields when studying social inequalities in health-related practices. Williams (1995) suggested that health could influence individuals' logic of action when health concerns became salient, such as with disease management or in health care interactions. Abel (2007) further developed how health could be understood as a field of inequality: (1) individuals' stance towards health is socially stratified; (2) individuals' health condition and attributes contribute to social distinction; (3) health concerns allow power struggles in the definition of what resource (e.g. knowledge, value, behaviour) is socially appropriate and what group should follow a given health-related practice; (4) institutions (e.g. governments and public health agencies) can promote or inhibit the redistribution of capitals defined in the field. Examples of health cultural resources are general interest towards and importance attributed to health and illness, biomedical knowledge, attitudes towards safety practices (e.g. driving with a seat belt or wearing a bike helmet) and preventive behaviour (e.g. eating healthy foods, avoiding smoking and excessive drinking), etc. Other examples in the context of health care have been proposed elsewhere (Shim, 2010).

We argue that education is a second pertinent field of inequality. Because every individual in contemporary societies is required to participate in the education field, unlike others such as the job market where individuals may be unemployed, too young or too old to work, educational success has received an almost universal recognition as a marker of high status (Bourdieu, 1977 [1971], Holt, 1997). Education has a direct “instrumental” value for health: what is learned throughout the educational experience – e.g. knowledge and cognitive ability, social skills, critical thinking and understanding scientific method – constitutes a plethora of beneficial resources for the conduct of healthy lives (Cutler & Lleras-Muney, 2010; Margolis, 2013). Education also influences health-related practices through its “symbolic” ability to distinguish individuals into different social classes (Shim, 2010). Elstad (2010), for example, noted that individuals interiorized early on the practices (e.g. drinking and smoking) that were socially attributed to disadvantaged classes and tried to emulate them when they didn’t expect to succeed in educational settings. Williams (1995) also observed that individuals’ stance towards their body, eating habits and physical activity were all defined differentially according to the social status associated with their level of education. Cultural resources linked to education have been operationalized using one’s educational background (e.g. parents’ credentials and reading habits, ownership of cultural objects in the household, etc.) and own personal attributes (e.g. educational attitudes, aspirations, grades and credentials) (Abel et al., 2011, Dunt, Hage, Kelahar, 2010, Fismen, Samdal and Torsheim, 2012, Madarasova Geckova et al., 2010).

Beyond the dimension of fields, two other concerns are left largely unaddressed in the literature on cultural capital in health inequalities research. We argue that this literature has often failed to acknowledge that resources understood as representing cultural capital – objects, values, knowledge, etc. – each have different mechanisms of transmission and influence on health practices based on *where* and *how* they are being accessed and used.

2. Generations

With regard to *where*, since cultural capital is mainly accumulated through heritage and socialization (Abel, 2008), its theory attributes a central role to *generations* and intergenerational processes in the reproduction of social inequalities (Bourdieu, 1986). In the same fashion, authors like Singh-Manoux and Marmot (2005) in public health have proposed a re-examination of the role of socialization in the intergenerational reproduction of health inequalities. Defining cultural capital dimensions may require proponents to give more attention

to its simultaneous expression in parents and offspring. Only very few studies in health inequalities research using cultural capital, however, have looked into the joint examination of both parental and individual resources (Schori, Hofmann and Abel, 2014).

Bourdieu argues that the reproduction of inequalities stems from systems that presuppose a set of knowledge, values and skills that are not readily taught but that are mandatory to achieve success (Bourdieu, 1977 [1971]). These resources then have to come from one vector of socialization, in our case, parents. In education, social inequalities are strongly reproduced over time as parental education stays strongly associated with offspring education (Evans, Kelley, Sikora, & Treiman, 2010). This mechanism is further strengthened when the family structure is stable and when parents share strong values towards education (Gniewosz & Noack, 2012; Martin, 2012). Parental educational background, however, can be examined beyond parents' credentials through numerous other cultural resources - objects, attitudes and behaviours - that are able to determine offspring's educational attainment: e.g. number of books in the household, parents' reading activities and attitudes (Evans et al., 2010; Park, 2008). These parental cultural resources influence individuals' chance of success in education primarily through a socialization process that promotes attributes such as academic performance, educational attitudes and aspirations (Carvalho, 2012; Fergusson et al., 2008).

In the same fashion, in health, an entire theoretical and methodological perspective - the lifecourse approach - has examined how social advantage over health practices exercises itself from the earliest age through to childhood (Graham & Power, 2004), adolescence (Due et al., 2011) and well through young adulthood (Scharoun-Lee et al., 2009). In this sense, individuals' health practices and problems are shaped from the beginning of the lifespan by their parental cultural background (Dunt, Hage & Kelahar, 2010, Christensen, 2011). As individuals move through the lifecourse, their parental background and their own stock of growing resources concomitantly shape their health behaviours and problems (Quesnel-Vallee & Taylor, 2012). The process of socialization not only shapes the health behaviours of individuals through the immediate imitation of parental behaviour, but also through the inculcation of "mental structures" which represent the health-relevant norms, values and daily practices associated with specific social groups (Singh-Manoux & Marmot, 2005). This means that socially advantaged offspring not only avoid unhealthy behaviour through the explicit rejection by parents, but also through the promotion of other resources such as knowledge acquisition, healthy lifestyles and

the regulation of life and work environments, which are all larger determinants of health-related behaviour (Vagero & Illsley, 1995).

Considering the continuing influence of parents' resources in addition to individuals' own resources is of particular interest in young adults. Researchers are often tempted to examine the more stable status of parents when studying young adults' social characteristics (Scharoun-Lee et al., 2009). However, young adults are concurrently building their own stock of resources to be used on health-related decisions and practices. The slow process of inculcation in socialization and Bourdieu's theory means that parental cultural background influences health practices and capital accumulation beyond the first life years and continues its influence throughout all of individuals' lives (Bourdieu, 1986, Singh-Manoux and Marmot, 2005). The period of young adulthood exemplify how parental and individual instances can contribute equally to the total stock of cultural capital. We present in Figure 1 how generational processes under cultural capital can be conceptualized. In each field, parental resources are reproduced in individuals through socialization and heritage and influence their health-related behaviour through capital accumulation (bolded lines). However, they are also able to directly influence offspring's health-related practices beyond their capital accumulation (dashed lines). To obtain a full picture of individuals' health-relevant cultural resources, particularly in younger populations, we argue that it is important to obtain cultural capital information from individuals and their parents (Krieger et al., 1997; Scharoun-Lee et al., 2009).

3. States

To fully understand cultural capital and its application to health inequalities, however, fields and generations are not sufficient. With regard to *how* cultural resources are accessed and used, cultural capital takes on different forms that each have distinct mechanisms of transmission and influence: objects can be readily transmitted through heritage and personal exchange but using them requires additional learning; knowledge and values can only be acquired through the process of learning, imitation and embodiment; credentials can simply not be transmitted because they demonstrate the acquisition of other forms of capital (Bourdieu, 1986). Based on Bourdieu's work (1986), Abel (Abel, 2007, 2008a; Abel & Frohlich, 2012) proposed to articulate these cultural capital forms through three *states* - incorporated (attitudes, preferences, knowledge and behaviours), objectified (objects) and institutionalized (credentials).

Incorporated capital represents the central form of cultural capital: the attitudes, preferences, behaviours and knowledge that are acquired through informal family socialization and the formal education system. Examples of incorporated capital from public health are reading practices in the household, educational aspirations, computer and Internet knowledge and health literacy (Dunt, Hage & Kelahar, 2010, Kamin, Kolar & Steiner, 2013, Madarasova Geckova et al., 2010, Abel, 2008). *Objectified* capital represents the objects (e.g. accessible tools, machines and books) that help individuals acquire status and accomplish health-related goals (Bourdieu, 1986, Abel, 2007). This state has been primarily measured through the presence of books in the household (Iversen & Holsen, 2008), but others have also used magazine subscriptions (Christensen, 2011, Christensen & Carpiano, 2014) and computer ownership (Kamin, Kolar & Steiner, 2013). Finally, *institutionalized* capital represents the certifications and credentials obtained through a time investment in the education system and act as a legitimized representation of one's incorporated capital. While educational attainment has been used almost exclusively to measure this definition, a few studies have cited cultural capital theory when examining differences among adolescents in different school tracks (Berten et al., 2012, van Rossem et al., 2010).

In Figure 1 we use the typology of states as a first level of operationalization under fields and generations. Kraaykamp and van Eijck (2010) examined the intergenerational transmission of cultural capital through educational attainment, cultural behaviour (e.g. cultural event attendance) and possessions (e.g. musical instrument ownership) and observed that every parental capital state had concurrent influences on the offspring's different capital states. In the context of health inequalities, we argue that (1) the three capital states in parents encompass the different mechanisms of capital transmission to individuals' capital and (2) that the different capital states in parents and individuals jointly influence their practice of better health behaviour. Unfortunately, few studies have used this typology to justify their measurement in health inequalities research (e.g. Schori, Hofmann & Abel, 2014, Fismen, Samdal & Torsheim, 2012, Madarasova Geckova et al., 2010, Patterson & Veenstra, 2012) and only one tested its full application on health (Kamin, Kolar & Steiner, 2013). Kamin, Kolar and Steiner (2013) examined self-reported health in adults and, using measures of cultural capital states - educational attainment (institutionalized), books, music, computer and Internet ownership (objectified) and art, language and computer knowledge (incorporated) -, found that institutionalized and objectified states had a distinct influence on Slovenian adults' self-reported health. When looking

at conditional effects, they also observed that individuals' incorporated capital score had significant positive associations with self-reported health in women and in individuals in a medium education level.

To show the added value of our framework in the study of social inequalities in health, we now present an empirical application using data collected in the *Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking* (ISIS) project whose overarching objective is to investigate the joint effect of residents' socio-demographic characteristics and neighbourhood attributes on the social distribution of smoking in a young adult population. Because the project goals included the operationalization of individuals' characteristics through forms of capital, we had access to a dataset that helped us operationalize parts of our framework. We first examine how a multidimensional perspective allows us to better understand the relations between our cultural capital indicators and to better guide our study of social inequalities in smoking. We then examine how different fields can be important to understand cultural capital and how both individuals' own and parental resources should be taken into account when assessing individuals' cultural capital in health inequalities.

EMPIRICAL APPLICATION

Data

For this study we analyzed cross-sectional data from the 2011-2012 panel of the ISIS study. The target population was non-institutionalized young adults aged 18 to 25 living in Montreal, Canada who had resided at their current address for at least a year. From an initial sampling list of 6,020 randomly selected individuals obtained from the provincial government health insurance program (*Régie de l'assurance maladie du Québec*), individuals were contacted between November 2011 and August 2012 with a nominalized letter and invited to participate by filling out an online questionnaire with other administration methods made available upon request. Ethical approval was obtained from both the provincial information access committee (*Commission d'accès à l'information*) and the institutional research ethics board (*Comité d'éthique à la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal*). At the end of the recruitment period, 349 had refused to participate, 458 were declared as ineligible and 3,111 could not be reached, for a total sample size of 2,093 participants. The final response rate was 37.6%. The questionnaire was comprised of 98 self-reported closed-ended questions that included several

smoking indicators and items developed to measure respondents' socioeconomic characteristics operationalized through biological, economic, social and cultural capitals.

Measures

Please insert Figure 2 here.

Given the data available in ISIS, we were able to test two variables in each field and at each generational level. We also tested variables in each of the three proposed states: objectified, incorporated and institutionalized. The variables are represented in Figure 2.

At the parental level, *Number of books in the household* represents educational objectified capital and *Importance of health in the household* represents health incorporated capital. *Number of books in the household* was measured asking "Please estimate how many books were in your home when you were a child" with five answer choices ranging from "Fewer than ten books" to "400 books and more". *Importance of health in the household* was measured asking, "When you were a child, how much importance did your parents attribute to a healthy lifestyle?" with four answer choices ranging from "No importance" to "A lot of importance".

At the individual level, *Level of education* represents educational institutionalized capital and *Sought sources of health information* represent health incorporated capital. *Level of education* was measured by asking "What is the highest level of schooling that you have completed?" and answers were recoded into four categories: "Below high school", "Completed high school", "Completed CEGEP"¹ and "Completed some university". *Sought sources of health information* were measured by asking "When you have questions about your health, who do you ask first?" with the possibility of selecting multiple answers: "A health professional", "A member of the family", "A friend or another person", "You look for answers on the internet" and "You don't ask anyone". Given that young adults can readily seek complementary sources of health information (Percheski & Hargittai, 2011), all five answers were used here as distinct variables in our analyses.

¹ CEGEP is an institution between secondary and tertiary education that provides mandatory pre-university education or vocational training in the educational system in Quebec, Canada.

Smoking behaviour was examined using two outcome variables, *current smoking status* and *number of cigarettes smoked daily* in smokers. Questions were obtained from the Canadian Community Health Survey under Statistics Canada, Canada's federal survey agency (CCHS, 2014). *Smoking status* was obtained after filtering participants who have ever smoked and asking "Currently, do you smoke cigarettes every day, sometimes or never?". Daily and occasional smokers were combined together in one current smoking category and ever and ex-smokers were combined together in one non-smoking category. *Number of cigarettes smoked daily* was obtained by asking in daily smokers "Currently, how many cigarettes do you smoke each day?" and in occasional smokers "On the days when you smoke, how many cigarettes do you usually smoke?".

Analyses

We used bivariate polychoric correlations (taking into account the categorical nature of variables) to estimate the strength and direction of the associations between our cultural capital indicators (Uebersax, 2006). We conducted a hierarchical logistic regression model with smoking status and a hierarchical linear regression model with number of cigarettes smoked daily in order to test if cultural capital indicators were associated with each smoking outcomes. We used a hierarchical approach to examine the sequential influence of cultural capital dimensions in their joint association with smoking outcomes. While both fields are presented as parallel dimensions in our theoretical model, we chose to enter first variables in the field of education given their capacity to influence the accumulation of resources relevant in the field of health. We sequentially model each additional indicator: at the parental level, number of books in the household (Model 1) and importance of health in the household (Model 2); at the individual level, level of education (Model 3) and sought sources of health information (Model 4). To control for the variability in our sample, we used age and sex as control variables in every model in both regression analyses. Since all variables have a very low number of missing cases (between 0% and 4.25%), we applied listwise deletion in our analyses. Analyses were performed using Mplus 7.0 (Muthén & Muthén, 1998-2013) and SPSS 20 (IBM, 2011).

RESULTS

Please insert Table 1 somewhere around here

Sample characteristics are shown in Table 1. With a mean age of 21.5 years, participants in our sample were more commonly women (57%). The prevalence of current smoking (23%) is in keeping with current trends in Canadian young adult smoking (CTUMS, 2014). With regard to *education*, our sample is slightly over-educated with 61% of participants having at least completed CEGEP education when compared to the general population (54%) (CCHS, 2014). Participants' household tended to attribute a high amount of importance to health with 89% of participants reporting that it attributes at least some importance to health. *Number of books in the household* had more variability, with 7% of participants having fewer than 10 books in their household and 10% having more than 400 books in their household. With regard to *sought sources of health information*, between 43% (for friends) and 71% (for family) of participants declared using specific sources of health information with 4% declaring asking no one for health information.

Please insert Table 2 somewhere around here

Table 2 presents the associations between our cultural capital indicators. We found significant positive associations between *level of education* and *number of books in the household* ($r = .17$), *importance of health in the household* ($r = .07$) and *using the Internet as a source of health information* ($r = .12$). We also found associations between parental indicators and *using a health professional* and *using a member of your family* as sources of health information (from $r = .07$ to $r = .24$). We found significant negative associations between *level of education* and *using a member of your family* ($r = -.08$) and *importance of health in the household* and *using the Internet* as a source of health information ($r = -.12$). While the majority were positively associated among themselves, the strength of these associations was weak.

Please insert Table 3 somewhere around here

Table 3 presents the associations between our cultural capital indicators and current smoking status. In the first and second models, none of the parental cultural capital indicators were significantly associated with smoking status. However, parents' capital in the field of education (number of books in the household) became significant with the inclusion of individuals' education (Model 3). In the final model, both indicators in the field of education – i.e. the number of books in the household and the level of education – were significantly associated with smoking

status. Controlling for all other variables, individuals who had ten or fewer books were 55 % (95% CI 0.26-0.79) less likely to be a current smoker when compared with individuals who had more than 400 books in their household. Individuals who had not finished high school were 9.3 (95% CI 5.71-15.29) times more likely to be a current smoker when compared to individuals who finished a university degree.

Please insert Table 4 somewhere around here

Table 4 presents the associations between cultural capital indicators and number of cigarettes smoked daily by smokers. In Model 1, the parents' capital in the field of education (number of books in the household) was not significantly associated with the number of cigarettes smoked daily. In Model 2 and Model 3, the parents' capital in the field of health (importance of health in the household) and the individuals' capital in the field of education (level of education) were significantly associated with the number of cigarettes smoked daily. In the final model, importance of health in the household, level of education and using friends when looking for health information were all significantly associated with the number of cigarettes smoked daily. When compared with preceding models, the inclusion of additional variables did not alter the associations of parents' importance of health (Model 2) or the level of education (Model 3) with the number of cigarettes smoked daily. Smokers whose household attributed little importance to health smoked on average 2.2 (95% CI 0.34; 4.14) additional cigarettes when compared to households where health had a lot of importance². Individuals who had not finished high school smoked on average 8.9 (95% CI 6.69; 11.11) additional cigarettes when compared with individuals with a university degree. Finally, individuals who sought health information from their friends smoked 1.3 (95% CI - 2.36; - 0.15) fewer cigarettes than those who did not.

DISCUSSION

This paper put forward the idea that a simplified operationalization of cultural capital was a limitation for its use in social inequalities in health. We suggested a new conceptual framework that understands cultural capital as differentiated dimensions with specific mechanisms for health-related behaviour. To address the limitations of a unidimensional perspective, we first

² Only a very few number of smokers answered « No importance » to this question in our study ($n = 7$), reducing our capacity to observe a significant estimate with a stable confidence interval.

examined before studying its association with smoking behaviour whether our assessment of cultural capital made more sense in a multidimensional perspective. We used an approach inspired from psychometrics by first examining the associations (correlations) among our indicators (Crocker & Algina, 2008). According to guidelines, measures representing a common dimension should have correlations of at least .30 (Tabachnick & Fidell, 2001). The weak correlations we found suggest that, given that they do not share a sizable amount of their variation, our cultural capital indicators make for poor instantiations of a same dimension (Bollen & Lennox, 1991).

Please insert Figure 3 somewhere here.

In Figure 3, we reiterate using a measurement model the difference between the use of measures as direct indicators of a higher-order concept (i.e. cultural capital) and the use of measures as indicators of first-order dimensions (i.e. field/generation/state). In this example, *number of books in the household* is used as the only indicator of cultural capital (bolded arrow) without acknowledging that it is beforehand an indicator of a dimension of cultural capital (dashed arrows). When conceived as a latent variable, cultural capital is formed by the sum of each unique dimension (Bollen and Lennox, 1991). In this sense, *number of books in the household* cannot replace an indicator (e.g. *level of education*) pertaining to another dimension (e.g. individual institutionalized capital in education). Both would be needed to measure a full picture of cultural capital. By distinguishing these various dimensions of cultural capital in our theoretical framework, we make the argument that cultural capital indicators should not be interpreted interchangeably when they form different facets (Bollen and Lennox, 1991). These results help us further make the case that cultural capital indicators should be addressed (and analyzed) separately with regard to the dimension it addresses.

Fields of education and health

The first conceptual distinction we made in this paper was based on the Bourdieusian idea of fields (Williams, 1995, Holt, 1997), a proposal that has been largely forgotten in health inequalities scholarly work aside from a few exceptions (e.g. Bava, Jaegar & Park, 2008). In our framework, we proposed health and education as two fields that circumscribe the relevant cultural resources utilized by individuals to avoid risks and promote healthy practices. Our results provide some evidence that both could be understood as relevant fields of interest for the

study of social inequalities in smoking. While only variables in the field of education were associated with smoking status (Table 3), indicators in both the fields of health (importance of health in the household and seeking friends as a source of health information) and education (level of education) were significantly associated with the number of cigarettes smoked daily in smokers (Table 4). While there is a large literature linking educational attainment and social inequalities in smoking (Hiscock et al., 2012), numerous studies have shown that many other attributes relevant to the field of education beyond credentials (e.g. self-efficacy, risk preferences, locus of control, stress management) contribute to the unequal distribution of smoking behaviour (Harwood, 2007, Pennanen et al., 2011, Jusot & Khlal, 2013). When looking at resources defined specifically with regard to health, there is also an important body of work linking health knowledge and beliefs with smoking behaviour (Li et al., 2010). Given public health's historical focus on adolescents, few have looked into the importance of health for smoking specifically in young adults (Husten, 2007), but authors have noted that smokers in this age group tend to downplay the health risks and consequences of cigarette use (Halperin et al., 2010). Furthermore, Klein and colleagues (Klein et al., 2013) also recently examined young American adult smokers' frequency of use and found that health-related attitudes and behaviour (e.g. household ban on smoking, thinking that smoking makes you lose weight) each had significant influences in reducing frequency of cigarette use. As such, our assessment of cultural capital should include instantiations in both fields of education and health when examining social inequalities in smoking.

Generations and intergenerational processes

Our second conceptual proposal was that we should consider the joint role of parents and individuals' cultural capital in relation to health inequalities, i.e. the intergenerational effect. While patterns of accumulated resources are largely reproduced throughout generations, paying attention to both is important because they have differentiated influences on one's decisions and practices. We know from studies having examined the joint influence of parental and individual education that parents' credentials often represent a completely different resource than that of individuals' when studying health inequalities, sometimes having protective, absent or even deleterious influences over the offspring's health problems and practices (Kestila et al., 2006a, 2006b). In our results, we found some evidence that including both parental and individual evaluations of cultural capital were important for understanding health inequalities because both generations' attributes were associated with smoking outcomes.

In Table 3, we also found that number of books in the household (a parental indicator in the field of education) was significantly associated with young adults' smoking status, but only when including individuals' level of education. This finding suggests that were one to include only a single level of analysis (parents or individuals) there could be potential confounded effects that would hinder our understanding of the association of cultural capital with social inequalities in smoking. We also found that young adults who owned more books in their parents' household had *increased* odds of being a current smoker. In opposition, cultural capital theory suggests that having many books in the household represents an advantaged cultural background *preventing* unhealthy behaviour uptake. In other articles that examined cultural goods in the household in health inequalities, none have found a negative influence on individuals' health-related practices (Fismen et al., 2012; Iversen & Holsen, 2008; Pedersen & von Soest, 2014). While our results do not allow us to further interpret this association, they support nonetheless the importance of assessing both parents' and individuals' cultural resources towards health-related practices.

Lastly, in Table 4, we found that importance of health in the family (a parental indicator) was significantly associated with the number of cigarettes smoked even after taking into account individual-level indicators of cultural capital such as individuals' level of education. Many authors have explored the impact of parental norms, knowledge and communication practices in the intergenerational transmission of smoking practices (Jackson & Dickinson, 2006; Jackson & Dickinson, 2011; Mahabee-Gittens et al., 2010). These authors found that an "anti-smoking socialization" anchored in parental attitudes, knowledge, communication styles and practices in the household (e.g. allowing smoking in the household or not) provided a strong toolkit to deter smoking in their children. Interventions promoting parents' anti-smoking socialization were successful in lowering children' subsequent risk of smoking, even in smoking parents (Jackson & Dickinson, 2006). This socialization effect could also be held constant for an appreciable length of time: a study found that parental attitudes towards smoking had a stable influence on their offspring's risk of smoking initiation from early adolescence throughout adulthood (Hill, Hawkins, Catalano, Abbott, & Guo, 2005).

States

Our last conceptual proposal was to consider the states of cultural capital under fields and generations because they allow us to further operationalize cultural capital in each dimension by

covering different mechanisms of capital transmission and influence over health practices. Our indicators each operationalized a state under a given dimension – objectified (number of books in the household), institutionalized (level of education) and incorporated (importance of health in the household and sought sources of health information) – and helped us to understand that different states yield distinct influences over social inequalities in smoking. Because each indicator was nested in a different generation and field, we could not however examine in more detail the combined influence of states on smoking behaviour when nested in a same field and generation. Using a sequential approach such as ours, this additional step would have allowed us to examine if and how young adults’ objectified, incorporated and institutionalized capital can have unique or confounded effects on smoking.

Limitations

In our empirical application a major limitation of our study is the small number of indicators available to us to test the different dimensions of the framework presented here. Recalling Figure 2, our indicators allowed us to examine a third (4 out of 12) of the cultural capital dimensions operationalized through our framework. Taking into account the dimensions of fields, generations and states in our empirical application would have required additional indicators (for example, parents’ educational attitudes and credentials, individuals’ health-related and educational goods) to examine their different influences on social inequalities in smoking. For our theoretical framework, given our exploratory approach, other configurations may also be defined within it: new fields beyond education and health may be relevant for a given health problem; neglected instances of socialization such as friends in addition to parents might be important to the accumulation of capital (Siegal & Aboud, 2005); other typologies past states’ can be defined to conceptualize resources’ transmission and use (Yaish & Katz-Gerro, 2010). Further theoretical and empirical work on these issues is warranted.

Conclusion

Kraaykamp and van Eijck (2010) poignantly asked if cultural capital should be discussed in the plural form as cultural capitals. We feel that they may be correct. Moving away from its common unidimensional usage, we proposed to further our understanding of cultural capital in the context of health inequalities using three dimensions – fields, generations and states – developed in parallel to the cultural capital literature in public health and sociology. With the support of an empirical application using smoking inequalities among young adults, we observed that a

multidimensional application of cultural capital might be warranted because it allowed us to have a better understanding of the instances and mechanisms concurrently promoting social inequalities in smoking. Potential next steps for research include the continued development of measures tapping into our framework's dimensions to work towards a valid measurement model and an elaborate testing of its underlying hypotheses. Cultural capital is a promising theoretical concept to further explore in helping us to understand how social inequalities in health can be embodied and reproduced. Bringing to light here some of the concept applications' shortcomings acts as a small step in the continued application of cultural capital theory in the study of social inequalities of health.

ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to thank Jean Lambert for reviewing the statistical analyses and Martine Shareck for her comments during previous drafts.

FUNDING

T.G. is funded through a Fonds de recherche du Québec – Santé Masters scholarship. K.F. is funded through a Canadian Institutes for Health Research New Investigator Award.

FIGURE 1

A theoretical framework for understanding the relationship between cultural capital and health inequalities

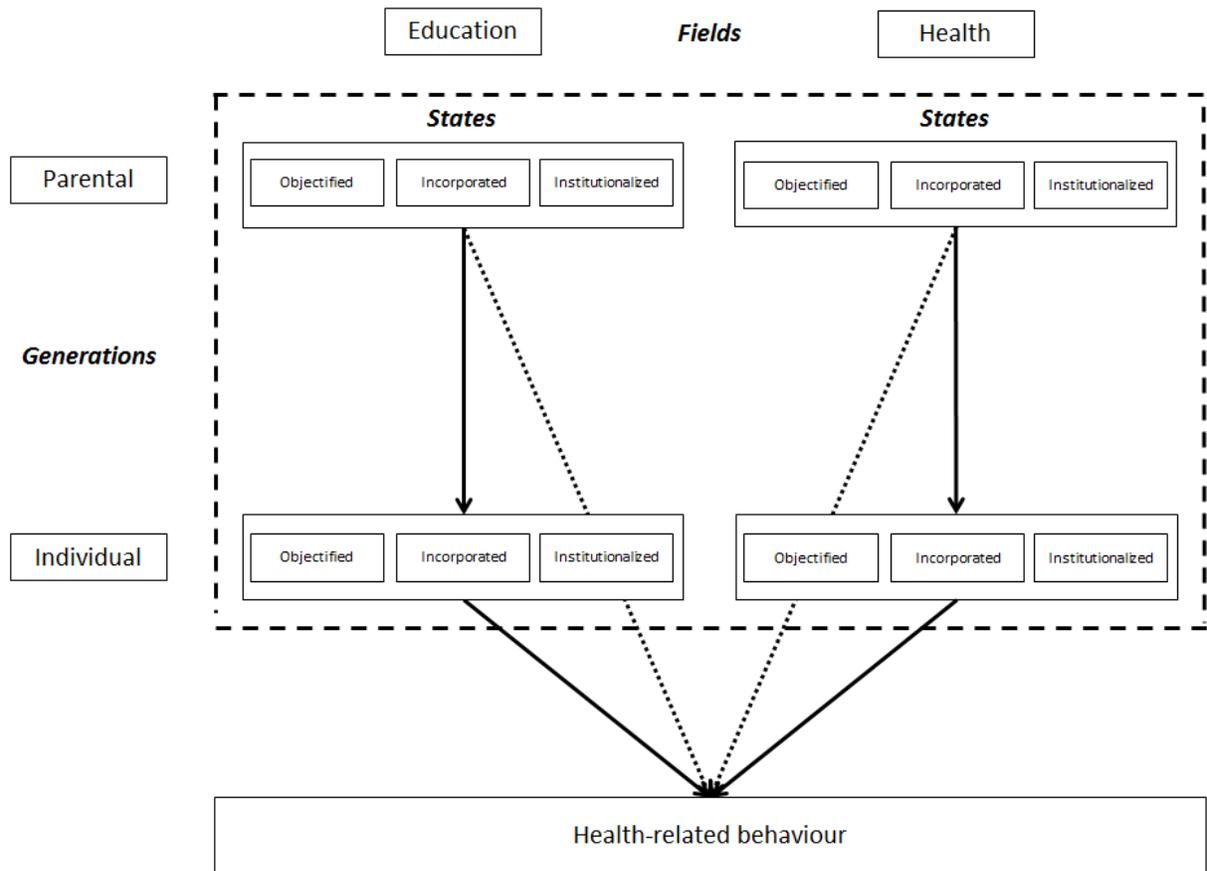


FIGURE 2

Empirical application using indicators from the ISIS data

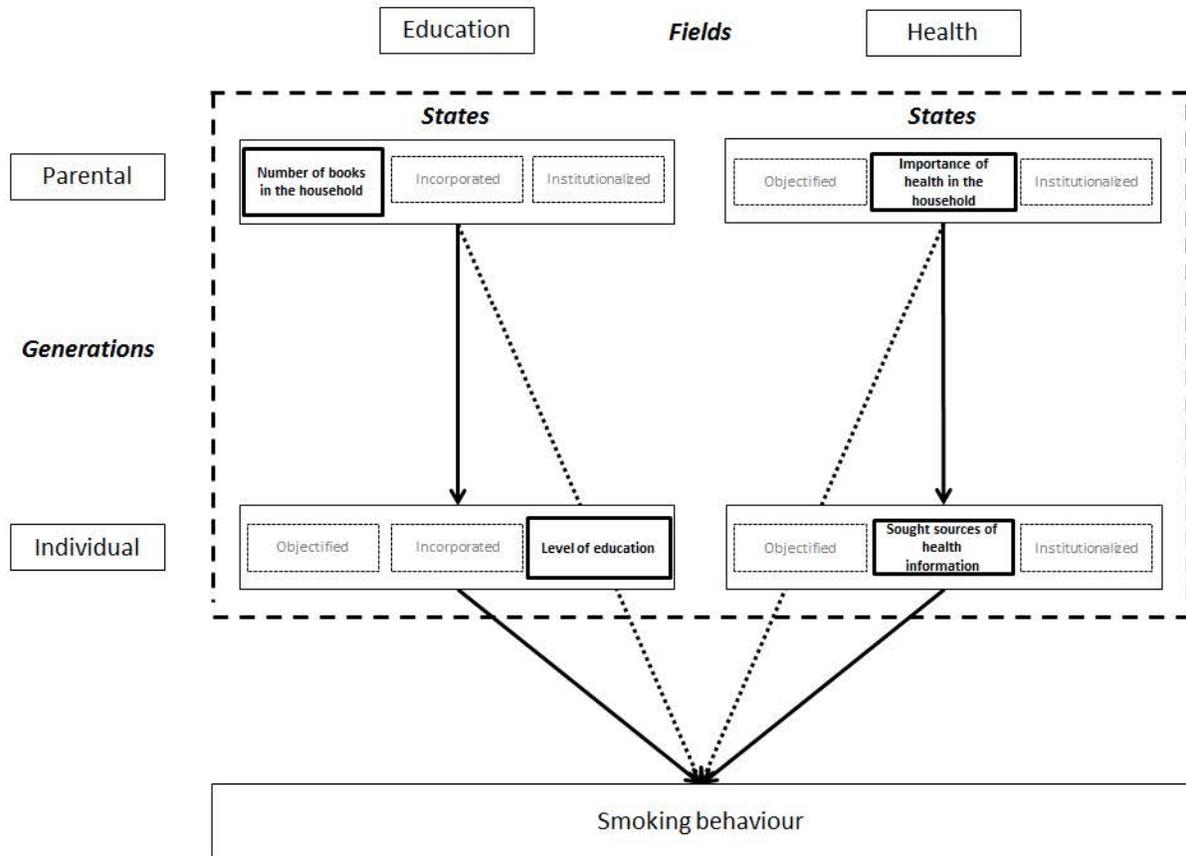


FIGURE 3

Measuring cultural capital as a unidimensional or multidimensional concept

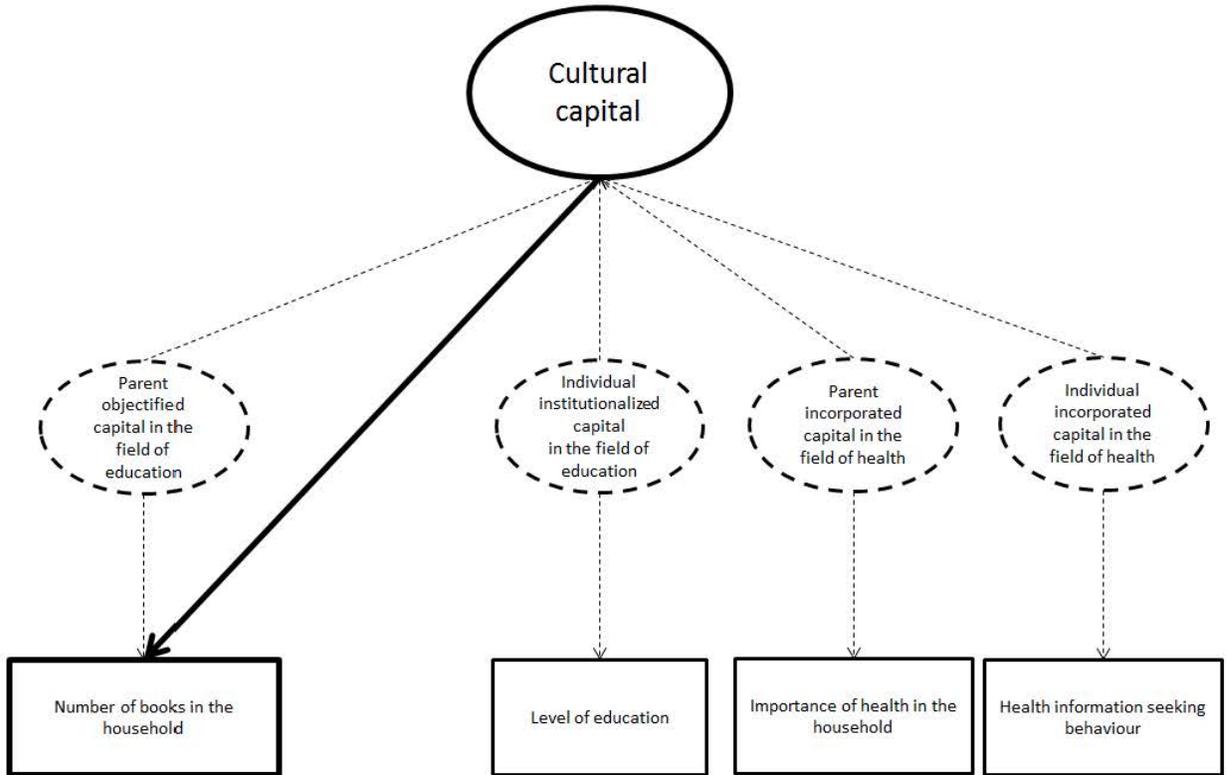


TABLE 1

Sample characteristics

Variables	<i>N</i> (valid %)	Missing <i>N</i> (% of total sample)
Age		0
Mean (SD)	21.48 (2.28)	
Sex		0
M	904 (43.4)	
F	1179 (56.6)	
Current smoking status		0
Non-smoker	1606 (77.1)	
Current smoker	477 (22.9)	
Number of cigarettes smoked daily by current smokers		2 (0.4)
Mean (SD)	6.17 (6.22)	
Level of education		9 (0.4)
High school non completed	149 (7.2)	
High school completed	658 (31.7)	
CEGEP completed	902 (43.5)	
Some university completed	365 (17.6)	
Number of books in the household		89 (4.3)
Fewer than 10 books	134 (6.7)	
Between 10 and 49 books	627 (31.4)	
Between 50 and 199 books	709 (35.6)	
Between 200 and 399 books	322 (16.1)	
400 books and more	202 (10.1)	
Importance of health in the household		45 (2.2)
No importance	27 (1.3)	
Little importance	176 (8.6)	
Some importance	651 (31.9)	
A lot of importance	1184 (58.1)	
When you have questions about your health, who do you ask first? (multiple answers allowed)		0
A health professional (Yes)	1176 (56.5)	
A member of your family (Yes)	1475 (70.8)	
A friend or another person (Yes)	891 (42.8)	
You look online (Yes)	1171 (56.2)	
You don't ask anyone (Yes)	91 (4.4)	

TABLE 2

Polychoric correlations between cultural capital indicators

<i>Variables</i>	(1)	(2)	(3)
Level of education (1)	1		
Number of books in the household (2)	.17	1	
Importance of health in the household (3)	.07	.24	1
When you have questions about health, who do you ask first?			
...A health professional?	.05	.00	.07
...A member of your family?	-.08	.10	.21
...A friend or someone else?	.02	-.01	-.01
...You look on the internet?	.12	.01	-.12
...Ask no one?	-.11	-.04	-.13

Listwise n = 1,953. Significant associations at .05 in bold.

TABLE 3

Hierarchical logistic regression of smoking status on cultural capital indicators

Variables	MODEL 1 (Number of books in the household + Age + Sex)		MODEL 2 (MODEL 1 + Importance of health in the household)		MODEL 3 (MODEL 2 + Individual education)		MODEL 4 (MODEL 3 + Health info. seeking behaviour)	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Parental variables								
Number of books in the household								
Less than 10	0.72	(0.43-1.22)	0.69	(0.41-1.18)	0.46	(0.26-0.81)	0.45	(0.26-0.79)
Between 10 and 49	0.73	(0.51-1.06)	0.72	(0.50-1.04)	0.59	(0.41-0.86)	0.59	(0.40-0.86)
Between 50 and 199	0.73	(0.51-1.05)	0.73	(0.51-1.04)	0.67	(0.46-0.96)	0.67	(0.46-0.97)
Between 200 and 399	0.79	(0.52-1.18)	0.79	(0.52-1.18)	0.78	(0.52-1.18)	0.79	(0.52-1.19)
More than 400 (ref.)	---		---		---		---	
Importance of health in the household								
No importance			1.09	(0.43-2.80)	0.81	(0.30-2.21)	0.81	(0.30-2.21)
Little importance			1.20	(0.82-1.76)	1.05	(0.71-1.57)	1.04	(0.70-1.55)
Some importance			1.08	(0.86-1.37)	1.06	(0.83-1.35)	1.06	(0.83-1.35)
A lot of importance (ref.)			---		---		---	
Individual variables								
Level of education								
High school not completed					9.32	(5.72-15.20)	9.34	(5.71-15.29)
High school completed					3.29	(2.20-4.92)	3.27	(2.19-4.90)
CEGEP completed					1.92	(1.35-2.73)	1.91	(1.34-2.73)
University degree completed (ref.)					---		---	
When you have questions about your health, who do you ask first? (Ref. category is « Not chosen »)								
...A health professional?							1.03	(0.82-1.30)
...A member of your family?							0.83	(0.65-1.06)
...A friend or someone else?							1.10	(0.87-1.38)
...You look on the internet?							0.89	(0.71-1.12)
...Ask no one?							0.93	(0.53-1.65)
<i>Pseudo R square (Nagelkerke)</i>	.01		.01		.08		.08	

Listwise n = 1,953. Significant associations at .05 are in bold

TABLE 4

Hierarchical linear regression of number of cigarettes smoked daily on cultural capital indicators

Variables	MODEL 1 (Number of books in the household + Age + Sex)		MODEL 2 (MODEL 1 + Importance of health in the household)		MODEL 3 (MODEL 2 + Individual education)		MODEL 4 (MODEL 3 + Health info. seeking behaviour)	
	B	95% CI	B	95% CI	B	95% CI	B	95% CI
Parental variables								
Number of books in the household								
Less than 10	2.44	(- 0.34; 5.21)	1.81	(- 1.03; 4.65)	- 0.29	(- 2.98; 2.40)	- 0.49	(- 3.18; 2.20)
Between 10 and 49	0.40	(- 1.51; 2.30)	0.11	(- 1.81; 2.03)	- 0.99	(- 2.80; 0.80)	- 1.09	(- 2.89; 0.72)
Between 50 and 199	- 0.04	(-1.91; 1.83)	- 0.18	(- 2.05; 1.69)	- 1.13	(- 2.88; 0.62)	- 1.27	(- 3.02; 0.48)
Between 200 and 399	1.67	(- 0.46; 3.80)	1.59	(- 0.53; 3.72)	1.34	(- 0.62; 3.31)	1.15	(- 0.82; 3.12)
More than 400 (ref.)	---		---		---		---	
Importance of health in the household								
No importance			2.43	(- 2.57; 7.44)	0.80	(- 3.85; 5.45)	0.77	(- 3.91; 5.43)
Little importance			2.18	(0.17; 4.19)	1.94	(0.08; 3.81)	2.24	(0.34; 4.14)
Some importance			0.45	(- .82; 1.72)	0.64	(- .53; 1.81)	0.77	(- 0.42; 1.95)
A lot of importance (ref.)			---		---		---	
Individual variables								
Level of education								
High school not completed					8.93	(6.74; 11.11)	8.90	(6.69; 11.11)
High school completed					4.34	(2.34; 6.33)	4.43	(2.43; 6.43)
CEGEP completed					2.61	(0.81; 4.42)	2.77	(0.96; 4.57)
University degree completed (ref.)					---		---	
When you have questions about your health, who do you ask first? (Ref. category is « Not chosen »)								
...A health professional?							- 0.12	(- 1.21; 0.97)
...A member of your family?							0.72	(- 0.45; 1.88)
...A friend or someone else?							- 1.25	(- 2.36; - 0.15)
...You look on the internet?							0.05	(- 1.04; 1.15)
...Ask no one?							0.66	(- 2.06; 3.38)
<i>R square</i>	.04		.05		.20		.21	

Listwise n = 448. Significant associations at .05 are in bold

REFERENCES

- Abel, T. (2007). Cultural Capital in Health Promotion. Dans D. V. McQueen, Kickbusch, I. (dir.), *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*. (p. 43-73). New York: Springer.
- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), e13-e13. doi: 10.1136/jech.2007.066159
- Abel, T., & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Soc Sci Med*, 74(2), 236-244. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.028
- Abel, T., Fuhr, D. C., Bisegger, C., Ackermann Rau, S., & European Kidscreen, G. (2011). Money is not enough: exploring the impact of social and cultural resources on youth health. *Scand J Public Health*, 39(6 Suppl), 57-61. doi: 10.1177/1403494810378924
- Bava, C. M., Jaeger, S. R., & Park, J. (2008). Constraints upon food provisioning practices in 'busy' women's lives: trade-offs which demand convenience. *Appetite*, 50(2-3), 486-498. doi: 10.1016/j.appet.2007.10.005
- Berten, H., Cardoen, D., Brondeel, R., & Vettenburg, N. (2012). Alcohol and cannabis use among adolescents in Flemish secondary school in Brussels: effects of type of education. *BMC Public Health*, 12, 215. doi: 10.1186/1471-2458-12-215
- Bollen, K., & Lennox, R. (1991). Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation Perspective. *Psychological Methods*, 110(2), 305-314.
- Bourdieu, P. (1977 (1971)). Cultural Reproduction and Social Reproduction. Dans R. Brown (dir.), *Knowledge, Education, and Cultural Change* (p. 56-68).
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. . Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital (Traduit par R. Nice). Dans J. E. Richardson (dir.), *Handbook of Theory of Research for the Sociology of Education* (p. 241-258.): Greenwood Press.
- Carvalho, L. (2012). Childhood Circumstances and the Intergenerational Transmission of Socioeconomic Status. *Demography*, 49(3), 913-938.
- CCHS. (2014). Canadian Community Health Survey. Found on July 20th 2014, in: URL: <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>
- Christensen, V. T. (2011). Does parental capital influence the prevalence of child overweight and parental perceptions of child weight-level? *Soc Sci Med*, 72(4), 469-477. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.11.037
- Christensen, V. T., & Carpiano, R. M. (2014). Social class differences in BMI among Danish women: Applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle. *Soc Sci Med*, 112, 12-21. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.04.017
- Crocker, L., & Algina, J. (2008). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Cengage Learning.
- CTUMS. (2014). Canadian Tobacco Usage and Monitoring Survey (2012). Found on August 13th in: URL: http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2012-eng.php
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ*, 29(1), 1-28. doi: 10.1016/j.jhealeco.2009.10.003

- Cuypers, K., Krokstad, S., Holmen, T. L., Skjei Knudtsen, M., Bygren, L. O., & Holmen, J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *J Epidemiol Community Health*, *66*(8), 698-703. doi: 10.1136/jech.2010.113571
- Dubbin, L. A., Chang, J. S., & Shim, J. K. (2013). Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care. *Soc Sci Med*, *93*, 113-120. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.014
- Due, P., Krolner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Trab Damsgaard, M., Graham, H., & Holstein, B. E. (2011). Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health*, *39*(6 Suppl), 62-78. doi: 10.1177/1403494810395989
- Dunt, D., Hage, B., & Kelaher, M. (2011). The impact of social and cultural capital variables on parental rating of child health in Australia. *Health Promot Int*, *26*(3), 290-301. doi: 10.1093/heapro/daq070
- Elstad, J. I. (2010). Indirect health-related selection or social causation? Interpreting the educational differences in adolescent health behaviours. *Social Theory & Health*, *8*(2), 134-150. doi: 10.1057/sth.2009.26
- Evans, M. D. R., Kelley, J., Sikora, J., & Treiman, D. J. (2010). Family scholarly culture and educational success: Books and schooling in 27 nations. *Research in Social Stratification and Mobility*, *28*(2), 171-197. doi: 10.1016/j.rssm.2010.01.002
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). The transmission of social inequality: Examination of the linkages between family socioeconomic status in childhood and educational achievement in young adulthood. *Research in Social Stratification and Mobility*, *26*, 277-295.
- Fismen, A. S., Samdal, O., & Torsheim, T. (2012). Family affluence and cultural capital as indicators of social inequalities in adolescent's eating behaviours: a population-based survey. *BMC Public Health*, *12*, 1036. doi: 10.1186/1471-2458-12-1036
- Gniewosz, B., & Noack, P. (2012). The role of between-parent values agreement in parent-to-child transmission of academic values. *Journal of Adolescence*, *35*(4), 809-821.
- Graham, H., & Power, C. (2004). Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research. *Child Care Health Dev*, *30*(6), 671-678. doi: 10.1111/j.1365-2214.2004.00457.x
- Halperin, A. C., Smith, S. S., Heiligenstein, E., Brown, D., & Fleming, M. F. (2010). Cigarette smoking and associated health risks among students at five universities. *Nicotine Tob Res*, *12*(2), 96-104. doi: 10.1093/ntr/ntp182
- Harwood, G. A., Salsberry P., Ferketich, A. K., Wewers, M. E. . (2007). Cigarette Smoking, Socioeconomic Status, Psychosocial Factors: a Conceptual Framework. *Public Health Nursing*, *24*(4), 361-371.
- Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Abbott, R. D., & Guo, J. (2005). Family influences on the risk of daily smoking initiation. *J Adolesc Health*, *37*(3), 202-210. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.08.014
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafo, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci*, *1248*, 107-123. doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x

- Holt, D. B. (1997). Distinction in America? Recovering Bourdieu's theory of tastes from its critics. *Poetics*, 25(2-3), 93-120.
- Husten, C. G. (2007). Smoking Cessation in Young Adults. *American Journal of Public Health*, 97(8), 1354-1356.
- IBM (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY: IBM.
- Iversen, A. C., & Holsen, I. (2008). Inequality in Health, Psychosocial Resources and Health Behavior in Early Adolescence: The Influence of Different Indicators of Socioeconomic Position. *Children Indicators Research*, 1, 291-302.
- Jackson, C., & Dickinson, D. (2006). Enabling parents who smoke to prevent their children from initiating smoking: results from a 3-year intervention evaluation. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(1), 56-62. doi: 10.1001/archpedi.160.1.56
- Jackson, C., & Dickinson, D. M. (2011). Anti-smoking parenting practices: recall by and effect on children's risk of smoking after 3 years. *Int J Public Health*, 56(3), 263-270. doi: 10.1007/s00038-010-0227-3
- Jusot, F., & Khlal, M. (2013). The role of time and risk preferences in smoking inequalities: a population-based study. *Addict Behav*, 38(5), 2167-2173. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.12.011
- Kamin, T., Kolar, A., & Steiner, P. M. (2013). The role of cultural capital in producing good health: a propensity score study / Vpliv kulturnega kapitala na zdravje: študija nagnjenja. *Slovenian Journal of Public Health*, 52(2). doi: 10.2478/sjph-2013-0013
- Kanaan, M. N., & Afifi, R. A. (2010). Gender differences in determinants of weight-control behaviours among adolescents in Beirut. *Public Health Nutr*, 13(1), 71-81. doi: 10.1017/S136898000900500X
- Kestila, L., Koskinen, S., Martelin, T., Rahkonen, O., Pensola, T., Aro, H., & Aromaa, A. (2006). Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *Eur J Public Health*, 16(3), 306-315. doi: 10.1093/eurpub/cki164
- Kestila, L., Koskinen, S., Martelin, T., Rahkonen, O., Pensola, T., Pirkola, S., . . . Aromaa, A. (2006). Influence of parental education, childhood adversities, and current living conditions on daily smoking in early adulthood. *Eur J Public Health*, 16(6), 617-626. doi: 10.1093/eurpub/ckl054
- Khawaja, M., Barazi, R., & Linos, N. (2007). Maternal cultural participation and child health status in a Middle Eastern context: evidence from an urban health study. *Child Care Health Dev*, 33(2), 117-125. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00660.x
- Khawaja, M., & Mowafi, M. (2006). Cultural capital and self-rated health in low income women: evidence from the Urban Health Study, Beirut, Lebanon. *J Urban Health*, 83(3), 444-458. doi: 10.1007/s11524-006-9051-8
- Khawaja, M., & Mowafi, M. (2007). Types of cultural capital and self-rated health among disadvantaged women in outer Beirut, Lebanon. *Scand J Public Health*, 35(5), 475-480. doi: 10.1080/14034940701256958
- Kingston, P. W. (2001). The Unfulfilled Promise of Cultural Capital Theory. *Sociology of Education*, 74, 88-99.
- Klein, E. G., Bernat, D. H., Lenk, K. M., & Forster, J. L. (2013). Nondaily smoking patterns in young adulthood. *Addict Behav*, 38(7), 2267-2272. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.03.005
- Kraaykamp, G., & van Eijck, K. (2010). The Intergenerational Reproduction of Cultural Capital: A Threefold Perspective. *Social Forces*, 89(1), 209-232.

- Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health, 18*, 341-378. doi: 10.1146/annurev.publhealth.18.1.341
- Lamont, M., & Lareau, A. (1988). Cultural Capital: Allusions, Gaps and Glissandos in Recent Theoretical Developments. *Sociological Theory, 6*(2), 153-168.
- Lareau, A., & Weininger, E. B. (2003). Cultural Capital in Education Research: A Critical Assessment. *Theory and Society, 32*(5/6), 567-606.
- Li, Q., Dresler, C., Heck, J. E., Allwright, S., Haglund, M., Sanchez, S., . . . Hashibe, M. (2010). Knowledge and beliefs about smoking and cancer among women in five European countries. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 19*(11), 2811-2820. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-10-0432
- Logstein, B., Blekesaune, A., & Almas, R. (2013). Physical activity among Norwegian adolescents--a multilevel analysis of how place of residence is associated with health behaviour: the Young-HUNT study. *Int J Equity Health, 12*, 56. doi: 10.1186/1475-9276-12-56
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med, 75*(4), 761-769. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.031
- Madarasova Geckova, A., Tavel, P., van Dijk, J. P., Abel, T., & Reijneveld, S. A. (2010). Factors associated with educational aspirations among adolescents: cues to counteract socioeconomic differences? *BMC Public Health, 10*, 154. doi: 10.1186/1471-2458-10-154
- Mahabee-Gittens, E. M., Ding, L., Gordon, J. S., & Huang, B. (2010). Agreement between parents and youth on measures of anti-smoking socialization. *J Child Adolesc Subst Abuse, 19*(2), 158-170. doi: 10.1080/10678281003635022
- Malat, J. (2006). Expanding research on the racial disparity in medical treatment with ideas from sociology. *Health (London), 10*(3), 303-321. doi: 10.1177/1363459306064486
- Margolis, R. (2013). Educational differences in healthy behavior changes and adherence among middle-aged Americans. *J Health Soc Behav, 54*(3), 353-368. doi: 10.1177/0022146513489312
- Martin, J. L. (2003). What is field theory? *American Journal of Sociology, 109*, 1-49.
- Martin, M. A. (2012). Family Structure and the Intergenerational Transmission of Education Advantage. *Social Science Research, 41*(1), 33-47.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2013). *Mplus User's Guide. Seventh Edition*. Los Angeles, CA Muthén & Muthén.
- Park, H. (2008). Home literacy environments and children's reading performance: a comparative study of 25 countries. *Educational Research and Evaluation: An International Journal on Theory and Practice, 14*(6), 489-505.
- Patterson, A. C., & Veenstra, G. (2012). Capital Relations and Health: Mediating and Moderating Effects of Cultural, Economic, and Social Capitals on Mortality in Alameda County, California. *International Journal of Health Services, 42*(2), 277-291. doi: 10.2190/HS.42.2.h
- Pedersen, W., & von Soest, T. (2014). Tobacco use among Norwegian adolescents: from cigarettes to snus. *Addiction*. doi: 10.1111/add.12509
- Pennanen, M., Haukkala, A., De Vries, H., & Vartiainen, E. (2011). Academic achievement and smoking: is self-efficacy an important factor in understanding social inequalities in

- Finnish adolescents? *Scand J Public Health*, 39(7), 714-722. doi: 10.1177/1403494811420484
- Percheski, C., & Hargittai, E. (2011). Health Information Seeking in the Digital Age. *Journal of American College Health*, 59(5), 379-386.
- Quesnel-Vallee, A., & Taylor, M. (2012). Socioeconomic pathways to depressive symptoms in adulthood: evidence from the National Longitudinal Survey of Youth 1979. *Soc Sci Med*, 74(5), 734-743. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.038
- Scharoun-Lee, M., Adair, L. S., Kaufman, J. S., & Gordon-Larsen, P. (2009). Obesity, race/ethnicity and the multiple dimensions of socioeconomic status during the transition to adulthood: A factor analysis approach. *Social Science and Medecine*, 68, 708-716. doi: 10.1016/j.socscimed.20
- Schori, D., Hofmann, K., & Abel, T. (2014). Social inequality and smoking in young Swiss men: intergenerational transmission of cultural capital and health orientation. *Int J Public Health*, 59(2), 261-270. doi: 10.1007/s00038-013-0537-3
- Semyonov, L., Iarocci, G., Boccia, A., & La Torre, G. (2012). Socioeconomic differences in tobacco smoking in Italy: is there an interaction between variables? *ScientificWorldJournal*, 2012, 286472. doi: 10.1100/2012/286472
- Shim, J. K. (2010). Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1-15. doi: 10.1177/0022146509361185
- Siegal, M., & Aboud, F. (2005). Characterizing the scope of socialization and its impact on health: a commentary on Singh-Manoux and Marmot's "role of socialization in explaining social inequalities in health" (60: 9, 2005, 2129-2133). *Soc Sci Med*, 61(11), 2269-2271; discussion 2277-2269. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.033
- Singh-Manoux, A., & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Soc Sci Med*, 60(9), 2129-2133. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.070
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. (4th^e éd.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Uebersax, J. S. (2006). Introduction to the Tetrachoric and Polychoric Correlation Coefficients. Found on June 10th 2014, in: URL: <http://www.john-uebersax.com/stat/tetra.htm>
- Vagero, D., & Illsley, R. (1995). Explaining health inequalities: beyond Black and Barker. *European Sociological Review*, 11, 219-241.
- Van Rossem, R., Berten, H., & Van Tuyckom, C. (2010). AIDS knowledge and sexual activity among Flemish secondary school students: a multilevel analysis of the effects of type of education. *BMC Public Health*, 10, 30. doi: 10.1186/1471-2458-10-30
- Veenstra, G. (2007). Social space, social class and Bourdieu: health inequalities in British Columbia, Canada. *Health Place*, 13(1), 14-31. doi: 10.1016/j.healthplace.2005.09.011
- Vikram, K., Vanneman, R., & Desai, S. (2012). Linkages between maternal education and childhood immunization in India. *Soc Sci Med*, 75(2), 331-339. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.043
- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociol Health Illn*, 17(5), 577-604.

Yaish, M., & Katz-Gerro, T. (2010). Disentangling 'Cultural Capital': The Consequences of Cultural and Economic Resources for Taste and Participation. *European Sociological Review*, 28(2), 169-185. doi: 10.1093/esr/jcq056

CHAPITRE 6 – DISCUSSION

6.1 Retour sur les objectifs de recherche

Nous avons proposé dans le cadre de ce travail d'explorer l'approche du capital culturel afin d'examiner les inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes. Nous avons vu dans notre recension des écrits (Chapitre 1) qu'en santé publique, le jeune développement de la littérature sur le capital culturel accusait peu de consensus en utilisant plusieurs définitions et mesures pour reprendre un même concept. Nous avons alors proposé en amont d'un travail empirique de réfléchir à nouveau les dimensions du capital culturel dans son application à l'étude des inégalités sociales de santé (Objectif 1). Nous avons donc élaboré au Chapitre 3 un nouveau cadre de référence capable d'identifier les dimensions qui composent le capital culturel des jeunes adultes au travers des notions de champs, des générations et des états.

Par la suite, nous avons étudié au Chapitre 5 une application partielle de notre cadre de référence à l'aide d'un travail empirique où quelques indicateurs du capital culturel ont été mis en association avec le comportement tabagique de jeunes adultes montréalais (Objectif 2). Pour supporter une nouvelle approche multidimensionnelle avec notre nouveau cadre de référence, nous avons regardé (1) les associations entre nos indicateurs de capital culturel et (2) leurs associations sur deux issues liées au tabagisme. Nous présentons donc dans les prochaines pages un retour sur les résultats présentés dans notre article au Chapitre 5 et une discussion des limites concernant notre définition théorique et notre application empirique.

6.2 Retour sur les résultats

6.2.1 Associations entre les indicateurs du capital culturel

En amont de l'examen des inégalités sociales liées au tabagisme des jeunes adultes, notre première question était de savoir comment opérationnaliser le capital culturel dans un contexte de santé. Nous avons déjà présenté aux chapitres précédents qu'au travers de la littérature en santé publique, une grande quantité d'indicateurs et de mesures ont été utilisés. De plus, parmi ceux-ci, seulement quelques mesures ont été répliquées et peu d'études se sont intéressées à expliciter leurs caractéristiques psychométriques. Pour illustrer l'importance d'un examen plus profond du capital culturel, nous avons examiné les associations entre nos indicateurs du

capital culturel. Chacun des indicateurs choisis reprenait une dimension établie dans notre cadre théorique et certains d'en eux (le niveau d'éducation et le nombre de livres au foyer notamment) ont déjà été repris dans d'autres études sur le capital culturel en santé (e.g. Abel et al, 2011, Veenstra et Patterson, 2012, Iversen et Holsen, 2008, Fismen, Samdal et Torsheim, 2012).

Nous avons observé que les associations étaient pour la plupart significatives et positives. En contrepartie, ces associations étaient toutes faibles, avec la plus forte étant à $r = .24$. Pourtant, comme le sous-entend la majeure partie de la littérature actuelle, ces corrélations devraient être plus élevées si ces indicateurs reprennent un même concept latent. Dans la littérature psychométrique, les experts recommandent pour des indicateurs mesurant une même dimension des corrélations au moins à $r = .30$ (Bollen et Lennox, 1991, Tabachnick et Fidell, 2001). Plutôt que d'interpréter ces indicateurs comme n'étant pas valides ou fiables, nous retournons à notre nouveau cadre de référence pour défendre l'idée qu'ils représentent chacun des dimensions différentes au sein du capital culturel.

En effet, lorsqu'une mesure composite est utilisée sans être soutenue par une définition théorique appropriée, celle-ci peut apporter plusieurs formes de biais d'agrégation (Walker & Catrambone, 1992). Les études qui ont développé des mesures composites proposent rarement une analyse alternative des dimensions qui sont inhérentes au sein du capital culturel (Khawaja & Mowafi, 2006, Pampel, 2012, Christensen, 2011, Christensen & Carpiano, 2014). Par exemple, Christensen et collègues (2011, Christensen & Carpiano, 2014), dans leurs travaux sur la santé infantile et l'obésité chez les adultes, ont modélisé au travers d'une analyse factorielle le capital culturel au travers d'un score composite combinant le niveau d'éducation, le nombre de livres et de magazines au foyer et la fréquentation d'activités culturelles. Cependant, même les meilleures analyses de fiabilité ne suffisent pas, au-delà d'un cadre théorique, à identifier quelles sont les dimensions sous-jacentes aux indicateurs (Crocker & Algina, 2008). Nous argumentons donc que l'agrégation d'indicateurs du capital culturel sans base théorique peut réduire l'information que ces indicateurs comportent. Walker and Catrambone (1992) préviennent que :

1. L'agrégation réduit les relations possibles qui puissent être étudiées entre les mesures formant la variable composite (e.g. poids des coefficients liés à chaque mesure, effets d'interactions et de confusion possibles entre les mesures)
2. L'agrégation ne permet pas de tester l'effet unique de chaque mesure qui définit la variable composite : une mesure donnée pourrait définir la majorité ou la totalité de l'association de la variable composite avec un problème donné.
3. L'agrégation ne permet pas de tester des relations de nature potentiellement différente et nous force à postuler la même association chez chaque mesure. Cependant, certaines variables pourraient avoir des effets absents ou contraires (ceci fut le cas dans nos modèles de prédiction).

Particulièrement en fonction du stade exploratoire où se situe la recherche sur le capital culturel en santé, il faut faire attention dans notre façon de modéliser nos mesures lorsqu'on s'intéresse à son association avec un problème donné. Les études qui se sont intéressées à tester une partie des dimensions du capital culturel que nous présentons ici ont montré qu'il fallait en effet délaissier la définition unidimensionnelle du capital culturel (Kraaykamp et van Eijck, 2010, Kamin, Kolar et Steiner, 2013, Schori, Hofmann et Abel, 2014). Nous recommandons aux autres chercheurs intéressés par ce concept de suivre les recommandations de Walker et Catrambone (1992) : ils devraient joindre dans leurs travaux additionnellement une matrice de corrélations qui montre les associations entre les variables de prédiction et avec les variables dépendantes, comme l'ont fait par exemple Schori, Hofmann et Abel (2014).

6.2.2 Associations avec le comportement tabagique

6.2.2.1 Champs de l'éducation et de la santé

Nous avons d'abord proposé que deux champs puissent définir les ressources culturelles pertinentes pour la conduite de comportements de santé : l'éducation et la santé. Nous avons utilisé des indicateurs inscrits dans ces deux champs pour opérationnaliser le capital culturel des jeunes adultes face au tabagisme. Nous n'avons d'abord observé auprès du statut tabagique courant aucune influence des indicateurs liés au champ de la santé (*importance de la santé au foyer et capacité à rechercher de l'information de santé*). Cependant, nous pouvons

observer auprès du nombre de cigarettes fumées chez les jeunes adultes fumeurs une influence des variables issues des deux champs : le *niveau d'éducation*, *l'importance de la santé au foyer* et *l'utilisation d'amis pour chercher de l'information de santé* étaient chacun associés négativement au nombre de cigarettes fumées chez les fumeurs. Ainsi, le statut tabagique (qui représente l'identification au comportement) et le nombre de cigarettes fumées (qui représente l'intensité du comportement) peuvent représenter deux composantes du comportement tabagique qui sont influencées par différents déterminants.

Même si l'influence des attitudes et des valeurs liées à la santé tend à être diminuée dans l'étude des inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes (Pederson et al., 2007), les jeunes adultes fumeurs, particulièrement ceux avec un tabagisme occasionnel ou intermittent, tendent à réduire l'importance de la santé et à sous-estimer les risques associés à la consommation tabagique sur la santé (Arens, White, & Massengill, 2014; Halperin, Smith, Heiligenstein, Brown, & Fleming, 2010). Par exemple, Klein et collègues (2013), étudiant des profils d'intensité de consommation tabagique chez des jeunes adultes américains, observent que les connaissances, attitudes et comportements liés à la santé et au tabagisme chez les parents et les individus permettaient de discriminer les individus quant à leur profil tabagique (fumeur léger, moyen ou lourd) au-delà des variables liées à l'éducation. Nos résultats contribuent donc à l'idée qu'une meilleure compréhension du capital culturel peut se faire en incluant des ressources culturelles comprises à la fois dans les champs de l'éducation et de la santé dans le contexte des inégalités sociales liées au tabagisme.

6.2.2.2 Générations et processus intergénérationnels

Nous avons ensuite proposé que définir les ressources culturelles pertinentes pour la conduite de comportements de santé des jeunes adultes dans une perspective intergénérationnelle. Nous avons utilisé des indicateurs inscrits à la fois chez les jeunes adultes et leurs parents pour opérationnaliser leur capital culturel face au tabagisme.

En étudiant l'association entre les indicateurs de capital culturel choisis et le statut tabagique des jeunes adultes, nous avons vu dans notre modèle final que le niveau d'éducation et le nombre de livres au foyer étaient tous deux associés avec le tabagisme. Cependant, grâce à

l'inclusion séquentielle des indicateurs dans notre modèle de prédiction, nous avons pu observer que l'effet du nombre de livres au foyer sur le statut du tabagisme était conditionnel à l'inclusion de l'éducation individuelle. Notre compréhension des effets attribuables aux ressources culturelles des individus est donc tributaire de notre capacité à mesurer conjointement les multiples composantes formant le capital culturel, dans ce cas-ci les deux niveaux générationnels.

De plus, alors que le niveau d'éducation était négativement associé avec le statut de fumeur courant, ce qui fait consensus dans la littérature (USDHHS, 2012), le nombre de livres au foyer avait lui une association *positive*. La théorie du capital culturel conçoit de prime abord qu'un stock de ressources culturelles, ici défini dans le champ de l'éducation, permet aux individus d'adhérer à un meilleur statut social et d'obtenir parallèlement les préférences et les compétences nécessaires afin de se *prémunir* d'un comportement de santé donné (Abel, 2008). Cependant, nous observons ici que les individus favorisés avec un haut nombre de livres au foyer sont plus à risque d'être fumeur courant lorsque comparés aux individus avec moins de livres au foyer.

Nous n'avons recensé aucune étude qui ait examiné dans un même modèle de prédiction l'influence du *nombre de livres au foyer* et du *niveau d'éducation* sur le comportement tabagique. Une étude semblable (Pedersen et von Soest, 2014) a examiné chez des adolescents norvégiens l'influence simultanée du nombre de livres au foyer, de la performance scolaire et des aspirations éducationnelles sur le tabagisme quotidien: ils ont observé une association négative avec le nombre de livres au foyer avant et après avoir contrôlé pour les autres variables scolaires dans un même modèle de prédiction. Chez les jeunes adultes, seulement une étude a examiné la variation du nombre de livres au foyer selon le statut de fumeur (Krange et Pedersen, 2001). Les auteurs ont observé chez des jeunes adultes norvégiens que les fumeurs occasionnels avaient en moyenne plus de livres au foyer que les fumeurs quotidiens, mais n'ont observé aucune différence entre les fumeurs et les non-fumeurs.

Parmi les études qui se sont intéressées au tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes, plusieurs ont observé que les jeunes privilégiés pouvaient être amenés à s'intéresser à

certaines formes du comportement tabagique puisque celui-ci permet d'exercer un bris avec le contrôle parental et une pratique « *anti-establishment* » qui est valorisé dans certains cercles sociaux (Krange et Pedersen, 2001, Scheffels and Lund, 2005, Haines, Poland et Johnson, 2009). Le *nombre de livres au foyer* pourrait représenter ce milieu privilégié à l'âge du jeune adulte. Sans pouvoir explorer ici davantage cette hypothèse, ces résultats contribuent néanmoins à notre suggestion que le niveau d'éducation ne peut à lui seul représenter le capital culturel issu du champ de l'éducation, puisque celui inclut des ressources culturelles issues d'autres locations (i.e. chez les parents) et d'autres formes (l'état institutionnalisé du *niveau d'éducation* contre l'état objectivé du *nombre de livres au foyer*).

6.3 Limites

Notre effort de redéfinition des ressources éducationnelles et de santé sous le cadre théorique du capital culturel doit être fait à la lumière des nombreuses critiques qui ont été présentées à l'égard de son élaboration initiale. Comme nous l'avons présenté brièvement plus tôt, le capital culturel a d'abord été conceptualisé pour comprendre les barrières sociales au-delà des barrières financières dans l'atteinte d'une éducation universitaire (Bourdieu, 1964). La société dans laquelle Bourdieu a développé son concept – la France des années '50 et '60 – était beaucoup plus polarisée que notre société actuelle face à l'importance de cette éducation. Son analyse a été critiquée sous deux pans : (1) il existe plusieurs cas où les individus d'origines défavorisées réussissent avec grand succès dans le parcours académique et vice-versa; (2) les positions sociales dans les sociétés contemporaines ne sont plus polarisées et cristallisées, mais plutôt mobiles et font face à un élargissement de la classe moyenne et à une diversification des pratiques culturelles (Coulangeon, 2004).

Les travaux théoriques qui développent le capital culturel en santé publique (Abel, 2007, 2008, Abel et Frohlich, 2012) rendent compte que le capital culturel n'est pas unique, mais bien plutôt l'un des éléments centraux (i.e. aux côtés des capitaux économique et social) avec lesquels les individus peuvent agir pour promouvoir leur santé. En effet, différentes configurations peuvent amener les individus à pallier à un manque de ressources culturelles dans certaines circonstances et à réussir un but de santé (i.e. fumer ou non). Ceci veut dire qu'un haut stock de capital culturel ne garantit pas un comportement ou un état de santé. Ceci

veut aussi dire qu'un stock de capital culturel est fluctuant, qu'il dépend à la fois du stock parental et individuel et que son adéquation envers la santé dépend de l'intérêt que l'on attribuera socialement envers celle-ci. Ceci veut finalement dire que le tabagisme peut ne pas être seulement le lot des plus défavorisés. Il faut alors comprendre comment le tabagisme peut être plus qu'un comportement de santé et comment il peut être favorisé par certains groupes au-delà de l'éducation et des valeurs, connaissances ou intérêts pour la santé (Williams, 1995).

Nous réitérons ici que nous ne présentons pas ici le capital culturel comme une façon de conceptualiser et d'opérationnaliser l'ensemble des caractéristiques individuelles. Plutôt, nous présentons le capital culturel comme une façon de conceptualiser certaines des caractéristiques individuelles – valeurs, habitudes, connaissances, objets, habiletés – comme des ressources qui sont inégalement distribuées et qui contribuent à expliquer la distribution inégale de comportements de santé comme le tabagisme. Puisque nous savons que la socialisation familiale et l'éducation continuent de contribuer à la reproduction des inégalités sociales liées au tabagisme, il est primordial d'explorer les ressources et les mécanismes qui diviseront ces différentes trajectoires de vie finalement entre « fumeurs » et « non-fumeurs ».

6.3.1 Au près du cadre de référence

Le cadre de référence que nous avons proposé ici est exploratoire et découle d'un travail critique sur la théorie développée initialement par Bourdieu et ensuite par ses contemporains en santé publique. Ainsi, nous ne pouvons soutenir qu'il ne puisse exister d'autres configurations quant à la disposition des dimensions et des relations qui les animent. De plus, puisque notre travail se voulait d'une approche pratique et pragmatique, nous avons dû omettre et laisser de côté certaines questions dans l'élaboration de notre cadre de référence.

D'abord, l'utilisation de la typologie des états du capital culturel – objectivé, incorporé et institutionnalisé – afin de séparer conceptuellement les différentes ressources culturelles représente une tentative encore inexplorée empiriquement dans ce mémoire. Bourdieu (1986) lui-même indiquait la portée avant tout heuristique de son travail: « *The reader should not be misled by the somewhat peremptory air which the effort at axiomization may give to my argument. [...] When talking about concepts for their own sake, as I do here, rather than*

using them in research, one always runs the risk of being both schematic and formal, i.e., theoretical. » (Bourdieu, 1986, pp. 47-56). Certains ont critiqué l'absence de raffinement quant à la compréhension des ressources entre valeurs, attitudes, habiletés et comportements; ressources qui pourraient pourtant être définies sous un même libellé (état incorporé) (Kingston, 2001). Par exemple, Yaish et Katz-Gerro (2010) ont proposé de différencier les préférences et les comportements, puisque les comportements (dans leur étude, assister à des événements culturels) peuvent être influencés additionnellement par les ressources économiques disponibles des individus au contraire des préférences, alors qu'elles sont pourtant comprises toutes deux comme des instanciations du capital intériorisé.

Ensuite, notre cadre ne s'est pas intéressé à inclure les autres instances de socialisation – e.g. amis, membres de la famille, personnel enseignant, collègues professionnels, médias de masse – qui sont aussi partie prenante dans le processus d'apprentissage, de transmission et d'accumulation des ressources culturelles, parfois même de façon plus importante qu'avec les parents (Siegal et Aboud, 2005). Le choix d'inclure seulement les parents et le processus intergénérationnel s'est fait à la fois en fonction de la littérature théorique, qui attribue une primauté à la transmission intergénérationnelle dans la reproduction des inégalités sociales, et de la littérature empirique, qui utilise au-delà d'indicateurs individuels principalement des indicateurs mesurant des caractéristiques chez les parents (Scharoun-Lee et al., 2009).

Finalement, nous n'avons pas pu nous intéresser dans notre cadre de référence à l'effet conjoint entre les dimensions du capital culturel proposées ici avec (1) les autres formes du capital (économique et social) et (2) les autres axes d'inégalités sociales. Une partie croissante des études en santé publique s'intéressent aujourd'hui à l'interaction des caractéristiques sociales et socioéconomiques dans la compréhension des inégalités sociales de santé (Adler et Stewart, 2010). Concurrément, un pan du développement du capital culturel en santé s'est intéressé à l'interaction potentielle entre le capital culturel et les autres formes de capitaux économique et social (Abel, 2007, 2008, Abel et Frohlich, 2012, Abel et al., 2011, Semyonov et al., 2012, Veenstra et Patterson, 2012). Ces auteurs proposent que l'accumulation de capitaux permette, au-delà de leur effet direct sur la santé, l'accumulation (transférabilité) et l'utilisation (conditionnalité) d'autres formes de capital (Abel, 2008, Abel et Frohlich, 2012).

Deuxièmement, d'autres auteurs ont aussi critiqué le manque d'attention dans la littérature sur le capital culturel dans son lien avec les autres vecteurs d'inégalités sociales comme l'ethnicité et le sexe (Laberge, 1995; Malat, 2006). Ces questions devront cependant être travaillées dans des projets ultérieurs.

6.3.2 Au près de l'application empirique

La faiblesse méthodologique principale de notre travail réside dans le nombre limité d'indicateurs du capital culturel avec lequel nous avons pu travailler pour supporter notre cadre de référence. Nous avons pu utiliser certains indicateurs du capital culturel puisque le projet ISIS a construit ses instruments de mesure (questionnaires) dans l'intention d'opérationnaliser les caractéristiques individuelles au travers de capitaux. Cependant, ce mémoire approfondit le concept de capital culturel au-delà des objectifs généraux du projet ISIS. Notre présent travail s'est aussi fait en aval de l'établissement des instruments de mesure utilisés, ne nous permettant pas de participer au développement des questionnaires utilisés et de pouvoir profiter de mesures additionnelles pour tester empiriquement notre cadre théorique. Ces mesures additionnelles auraient servi à identifier les différentes dimensions que nous mettons de l'avant dans notre cadre : (1) les états objectivé, incorporé et institutionnalisé des ressources culturelles présentes (2) chez les jeunes adultes et leurs parents et (3) dans les champs de l'éducation et de la santé. Des travaux ultérieurs pourraient alors faire le développement de mesures validées en étudiant leurs qualités psychométriques et tester plus finement les différents mécanismes qui sont proposés ici au travers d'analyses confirmatoires.

Une deuxième faiblesse méthodologique de notre travail empirique réside dans la construction de l'échantillon du projet ISIS qui possède un taux de réponse relativement faible. En effet, plusieurs grandes enquêtes épidémiologiques dans les dernières décennies accusent une plus grande difficulté à rejoindre les participants éligibles et ont obtenu un taux de réponse similaire (Galea & Tracy, 2007). Des 6 020 individus qui ont été contactés, seulement 2 093 individus ont complété notre questionnaire, pour un taux de réponse final estimé de 37,6% après avoir retiré les non-éligibles. Cependant, ce taux de réponse est une version conservatrice du taux réel puisqu'il a été impossible de savoir quelle proportion de l'échantillon initial était éligible à participer en fonction du critère de mobilité résidentielle,

c'est-à-dire être resté depuis plus d'un an à son adresse actuelle. En effet, le groupe des jeunes adultes est le groupe démographique où la mobilité résidentielle est la plus élevée, atteignant jusqu'à 25-30% dans les grandes villes nord-américaines (Long, 1992). Connaître le taux exact de mobilité résidentielle des jeunes adultes dans l'échantillon initial (ainsi, leur non-éligibilité) aurait sensiblement augmenté notre taux de réponse.

Finalement, avec notre application empirique, nous n'avons pas tenté de répliquer nos résultats auprès des sous-populations définies selon l'âge et le sexe chez les jeunes adultes. Plusieurs études ont examiné des associations différentes entre les variables éducationnelles, la santé et le tabagisme selon le sexe (e.g. Kestila et al., 2006a, 2006b). Kamin, Kolar et Steiner (2013) ont aussi observé un effet différent des formes du capital culturel sur la santé perçue selon le sexe chez des adultes tchèques. De plus, un nombre croissant d'études s'intéressent à l'identification des différentes ressources socioéconomiques qui sont saillantes au travers de l'évolution de l'âge dans la période d'âge des jeunes adultes (Scharoun-Lee et al., 2009, 2011). Cependant, la majorité des études examinent les ressources socioéconomiques des jeunes adultes comme s'ils étaient des adultes, sans s'intéresser à l'éloignement de l'influence des parents et du développement de leurs propres ressources (Kestila et al., 2006, Krieger et al., 1997). Dans notre travail, nous avons inclus les variables de l'âge et du sexe comme variables de contrôle dans nos modèles de prédiction afin de contrôler pour la variabilité sociodémographique de notre échantillon. Des analyses où l'échantillon serait stratifié selon ces variables pourraient servir à informer ces questions secondaires.

6.4 Portée pour l'intervention et la recherche

Au niveau de l'intervention, notre travail s'ajoute à la large littérature qui démontre l'ampleur des inégalités sociales liées au tabagisme dans la population. Alors que les interventions traditionnelles peinent à rejoindre les populations désavantagées, la santé publique se doit de mieux comprendre les mécanismes qui permettent à ces individus de se tourner vers les comportements de santé comme le tabagisme. Une intervention efficace ne peut être faite qu'en aval d'une réflexion plus poussée sur les ressources « anti-tabagiques » qui sont accumulées au travers de l'éducation et de la socialisation qui peuvent ensuite être transmises au travers de l'éducation à la santé.

Premièrement, malgré un ensemble de travaux qui observent un effet des perceptions et des comportements liés à la santé et au tabagisme sur le comportement tabagique (Dietz et al., 2013, Mahabee-Gittens et al., 2010), les études sur les inégalités sociales liées au tabagisme ne s'intéressent que peu à comprendre comment les valeurs et attitudes envers la santé sont elles-mêmes socialement stratifiées et contribuent aux profils de tabagisme possibles. Nous avons vu avec nos résultats au Chapitre 5 que l'importance de la santé au foyer et le choix de sources d'information de santé n'étaient pas associés à l'identification au statut de fumeur, mais modulaient la consommation de cigarettes des fumeurs. Nous avons présenté au Chapitre 1 que le tabagisme était un phénomène souvent labile chez les jeunes adultes, et l'inclusion d'une deuxième issue – la quantité de cigarettes fumées – nous a permis d'avoir un meilleur portrait des inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes. Nos résultats suivent ainsi le travail d'autres (Arens et al., 2014) qui appuient que le développement des connaissances, attitudes et valeurs spécifiques à la santé et au tabagisme puisse être important pour réduire la consommation tabagique des jeunes adultes.

Deuxièmement, notre compréhension de la transmission du capital culturel et de l'effet continu des ressources parentales nous suggère que ces interventions de promotion à la santé gagnent à impliquer les parents. Dans notre application empirique, nous avons vu que les valeurs et attitudes des parents quant à la santé avaient un effet au-delà de leurs caractéristiques individuelles. En effet, certaines interventions ont déjà montré l'effet protecteur de développer une socialisation anti-tabagique chez les adolescents (Jackson and Dickinson, 2006, 2010) et d'autres études ont montré que l'effet des attitudes et pratiques parentales continuaient tout au long de la période d'âge des jeunes adultes (Hill et al., 2005).

Au-delà de l'intervention, notre travail s'inscrit à contrecourant d'une grande partie de la recherche en épidémiologie sociale et en santé publique. Notre volonté de redéfinir un cadre de référence pour l'application du capital culturel en santé nous a aussi été inspirée par le manque de consensus sur l'examen des caractéristiques socioéconomiques dans les inégalités sociales de santé (Oakes & Kaufman, 2006; Oakes & Rossi, 2003). Nous espérons pouvoir influencer les chercheurs qui s'intéressent de près ou de loin au raffinement de leur compréhension des caractéristiques sociales dans l'étude des déterminants et des inégalités

sociales de santé. Nous avons montré que ce travail doit se situer à chaque étape de la recherche : dès la conceptualisation d'un concept et ensuite dans son opérationnalisation, sa mesure, son analyse et son interprétation.

CONCLUSION

CONCLUSION

Le groupe d'âge des jeunes adultes est maintenant une cible d'intervention importante pour les instances de santé publique dans la lutte au tabagisme. La recherche se doit de mieux comprendre les ressources socioéconomiques auxquels les jeunes adultes ont accès pour se prémunir du comportement tabagique puisque d'importantes inégalités sociales continuent de reproduire inégalement le comportement tabagique au sein des groupes les plus défavorisés, et ce malgré les nombreuses politiques et interventions présentes. Vu les limitations de notre conceptualisation actuelle des ressources socioéconomiques, nous tourner vers de nouvelles théories sociales pourrait nous aider à mieux comprendre quels sont les groupes les plus vulnérables et quels sont les meilleurs attributs à développer pour leur permettre de ne pas faire l'initiation, de réduire, d'arrêter et de ne pas recommencer le comportement tabagique.

Cette étude a travaillé au développement du concept de capital culturel dans son application à l'examen des inégalités sociales liées au tabagisme chez les jeunes adultes. Pour ce faire, nous avons d'abord proposé un nouveau cadre de référence qui appuie le caractère multidimensionnel du capital culturel au travers de trois notions – champs, générations et états – inhérentes au concept. Nous avons ensuite fait une application empirique partielle de notre cadre en examinant l'association entre certaines dimensions du capital culturel et le comportement tabagique de jeunes adultes.

La théorie du capital culturel nous offre exactement le souffle nécessaire pour réinterpréter certaines des ressources qui sont utilisées et qui discriminent les individus face au tabagisme. Ce pouvoir nous vient cependant au prix d'un important travail de raffinement théorique et de développement méthodologique. Nous avons observé chez des jeunes adultes montréalais que de multiples dimensions du capital culturel, liées à l'éducation et la santé et inscrites chez eux et leurs parents, affectaient leur comportement tabagique. Nous espérons au final que ce travail sert de pierre d'ancrage aux futurs travaux qui continueront à élaborer son application dans l'examen des inégalités sociales de santé.

RÉFÉRENCES

- Abel, T. (2007). Cultural Capital in Health Promotion. Dans D. V. McQueen, Kickbusch, I. (dir.), *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*. (p. 43-73). New York: Springer.
- Abel, T. (2008a). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), e13-e13. doi: 10.1136/jech.2007.066159
- Abel, T. (2008b). Measuring health literacy: moving towards a health - promotion perspective. *Int J Public Health*, 53(4), 169-170. doi: 10.1007/s00038-008-0242-9
- Abel, T., & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Soc Sci Med*, 74(2), 236-244. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.028
- Abel, T., Fuhr, D. C., Bisegger, C., Ackermann Rau, S., & European Kidscreen, G. (2011). Money is not enough: exploring the impact of social and cultural resources on youth health. *Scand J Public Health*, 39(6 Suppl), 57-61. doi: 10.1177/1403494810378924
- Adam, B. D., Husbands, W., Murray, J., & Maxwell, J. (2008). Silence, assent and HIV risk. *Cult Health Sex*, 10(8), 759-772. doi: 10.1080/13691050802172157
- Adler, N. E., & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: meaning, methods, and mechanisms. *Ann N Y Acad Sci*, 1186, 5-23. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x
- Allan, J., Clifford, A., Ball, P., Alston, M., & Meister, P. (2012). 'You're less complete if you haven't got a can in your hand': alcohol consumption and related harmful effects in rural Australia: the role and influence of cultural capital. *Alcohol Alcohol*, 47(5), 624-629. doi: 10.1093/alcalc/ags074
- Arens, C. R., White, T. L., & Massengill, N. (2014). Attitudinal factors protective against youth smoking: an integrative review. *J Nurs Scholarsh*, 46(3), 167-175. doi: 10.1111/jnu.12065
- Arntzen, A., Moum, T., Magnus, P., Bakketeig, L. S. (1996). The Association between Maternal Education and Postneonatal Mortality Trends in Norway, 1968-1991. *International Journal of Epidemiology*, 25(3), 578-584.
- Baliunas, D., Patra, J., Rehm, J., Popova, S., Kaiserman, M., & Taylor, B. (2007). Smoking-attributable mortality and expected years of life lost in Canada 2002: conclusions for prevention and policy. *Chronic Dis Can*, 27(4), 154-162.
- Bartley, M. (2004). *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. Polity Press. 224 pages.
- Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J., Noack, H., Broesskamp, U., & Hill, C. (2003). Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development: proposal from the EUHPID consortium. *Eur J Public Health*, 13(3 Suppl), 107-113.
- Bell, A. V. (2014). "I think about oprah": social class differences in sources of health information. *Qual Health Res*, 24(4), 506-516. doi: 10.1177/1049732314524637
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol*, 31(2), 285-293.
- Bernat, D. H., Klein, E. G., & Forster, J. L. (2012). Smoking initiation during young adulthood: a longitudinal study of a population-based cohort. *J Adolesc Health*, 51(5), 497-502. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.02.017

- Berten, H., Cardoen, D., Brondeel, R., & Vettenburg, N. (2012). Alcohol and cannabis use among adolescents in Flemish secondary school in Brussels: effects of type of education. *BMC Public Health*, *12*, 215. doi: 10.1186/1471-2458-12-215
- Bollen, K., & Lennox, R. (1991). Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation Perspective. *Psychological Methods*, *110*(2), 305-314.
- Bourdieu, P. (1977 (1971)). Cultural Reproduction and Social Reproduction. Dans R. Brown (dir.), *Knowledge, Education, and Cultural Change* (p. 56-68).
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. . Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital (Traduit par R. Nice). Dans J. E. Richardson (dir.), *Handbook of Theory of Research for the Sociology of Education* (p. 241-258.): Greenwood Press.
- Bourdieu, P., Passeron, J.-C. (1964). *Les héritiers: les étudiants et la culture*. Paris: Les éditions de Minuit.
- Boyle, P., Yasantha Ariyaratne, M. A., Barrington, R., Bartelink, H., Bartsch, G., Berns, A., . . . Zhao, P. (2006). Tobacco: deadly in any form or disguise. *The Lancet*, *367*(9524), 1710-1712. doi: 10.1016/s0140-6736(06)68747-3
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *Jama*, *294*(22), 2879-2888. doi: 10.1001/jama.294.22.2879
- Brook, J. S., Brook, D. W., Zhang, C., & Cohen, P. (2004). Tobacco use and health in young adulthood. *J Genet Psychol*, *165*(3), 310-323. doi: 10.3200/GNTP.165.3.310-323
- Brown, T., Platt, S., & Amos, A. (2014). Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: systematic review. *Tob Control*. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051451
- Bygren, L. O., Konlaan, B. B., & Johansson, S. E. (1996). Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *Bmj*, *313*(7072), 1577-1580.
- Byun, S. y., Schofer, E., & Kim, K. k. (2012). Revisiting the Role of Cultural Capital in East Asian Educational Systems: The Case of South Korea. *Sociology of Education*, *85*(3), 219-239. doi: 10.1177/0038040712447180
- Caban-Martinez, A. J., Lee, D. J., Goodman, E., Davila, E. P., Fleming, L. E., LeBlanc, W. G., . . . Hollenbeck, J. A. (2011). Health indicators among unemployed and employed young adults. *J Occup Environ Med*, *53*(2), 196-203. doi: 10.1097/JOM.0b013e318209915e
- Campostrini, S., & McQueen, D. V. (2014). Inequalities: the "gap" remains; can surveillance aid in closing the gap? *Int J Public Health*, *59*(2), 219-220. doi: 10.1007/s00038-014-0546-x
- Carvalho, L. (2012). Childhood Circumstances and the Intergenerational Transmission of Socioeconomic Status. *Demography*, *49*(3), 913-938.
- CCHS. (2014). Canadian Community Health Survey. Repéré le July 20th 2014à <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>
- CDC. (2014). CDC - What are the risk factors for lung cancer? Repéré à http://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm

- Choi, K., & Forster, J. (2014). Tobacco Direct Mail Marketing and Smoking Behaviors in a Cohort of Adolescents and Young Adults From the U.S. Upper Midwest: A Prospective Analysis. *Nicotine Tob Res.* doi: 10.1093/ntr/ntu013
- Christensen, V. T. (2011). Does parental capital influence the prevalence of child overweight and parental perceptions of child weight-level? *Soc Sci Med*, 72(4), 469-477. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.11.037
- Christensen, V. T., & Carpiano, R. M. (2014). Social class differences in BMI among Danish women: Applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle. *Soc Sci Med*, 112, 12-21. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.04.017
- Corsi, D. J., Boyle, M. H., Lear, S. A., Chow, C. K., Teo, K. K., & Subramanian, S. V. (2013). Trends in smoking in Canada from 1950 to 2011: progression of the tobacco epidemic according to socioeconomic status and geography. *Cancer causes & control : CCC.* doi: 10.1007/s10552-013-0307-9
- Coulangeon, P. (2004). Classes sociales, pratiques culturelles et styles de vie. *Sociologie et sociétés*, 36(1), 59-84.
- Crocker, L., & Algina, J. (2008). *Introduction to Classical and Modern Test Theory.* Cengage Learning.
- CTUMS. (2014). Canadian Tobacco Usage and Monitoring Survey (2012).
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ*, 29(1), 1-28. doi: 10.1016/j.jhealeco.2009.10.003
- Cutler, D. M., Lleras-Muney, A. (2006). Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. NBER Working Paper Series. National Bureau of Economic Research. 37 pages.
- Cuypers, K., Krokstad, S., Holmen, T. L., Skjei Knudtsen, M., Bygren, L. O., & Holmen, J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *J Epidemiol Community Health*, 66(8), 698-703. doi: 10.1136/jech.2010.113571
- De Graaf, N. D., De Graaf, P. M., & Kraaykamp, G. (2000). Parental Cultural Capital and Educational Attainment in the Netherlands: A refinement of the Cultural Capital Perspective. *Sociology of Education*, 73(2), 92-111.
- De Graaf, P. M. (1986). The Impact of Financial and Cultural Resources on Educational Attainment in the Netherlands. *Sociology of Education*, 59(4), 237-246.
- De Graaf, P. M. (1988). Parents' financial and cultural resources, grades, and transition to secondary school in the Federal Republic of Germany. *European Sociological Review*, 4(3), 209-221.
- DiMaggio, P. (1982). Cultural Capital and School Success: The Impact of Status Culture Participation on the Grades of U.S. High School Students. *American Sociological Review*, 47(2), 189-201.
- Doll, R., & Hill, A. B. (1950). Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *British medical journal*, 2(4682), 739-748.
- Donath, C., Grassel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Bleich, S., & Hillemacher, T. (2012). Predictors of binge drinking in adolescents: ultimate and distal factors - a representative study. *BMC Public Health*, 12, 263. doi: 10.1186/1471-2458-12-263

- Dubbin, L. A., Chang, J. S., & Shim, J. K. (2013). Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care. *Soc Sci Med*, 93, 113-120. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.014
- Due, P., Krolner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Trab Damsgaard, M., Graham, H., & Holstein, B. E. (2011). Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health*, 39(6 Suppl), 62-78. doi: 10.1177/1403494810395989
- Dunt, D., Hage, B., & Kelaher, M. (2011). The impact of social and cultural capital variables on parental rating of child health in Australia. *Health Promot Int*, 26(3), 290-301. doi: 10.1093/heapro/daq070
- Elstad, J. I. (2010). Indirect health-related selection or social causation? Interpreting the educational differences in adolescent health behaviours. *Social Theory & Health*, 8(2), 134-150. doi: 10.1057/sth.2009.26
- ESCC. (2014). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Repéré le 10 juin 2014 à <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>
- Evans, M. D. R., Kelley, J., Sikora, J., & Treiman, D. J. (2010). Family scholarly culture and educational success: Books and schooling in 27 nations. *Research in Social Stratification and Mobility*, 28(2), 171-197. doi: 10.1016/j.rssm.2010.01.002
- Fagan, P., Augustson, E., Backinger, C. L., O'Connell, M. E., Vollinger, R. E., Jr., Kaufman, A., & Gibson, J. T. (2007). Quit attempts and intention to quit cigarette smoking among young adults in the United States. *Am J Public Health*, 97(8), 1412-1420. doi: 10.2105/AJPH.2006.103697
- Federico, B., Costa, G., Ricciardi, W., & Kunst, A. E. (2009). Educational inequalities in smoking cessation trends in Italy, 1982-2002. *Tob Control*, 18(5), 393-398. doi: 10.1136/tc.2008.029280
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). The transmission of social inequality: Examination of the linkages between family socioeconomic status in childhood and educational achievement in young adulthood. *Research in Social Stratification and Mobility*, 26, 277-295.
- Fidler, J., Ferguson, S. G., Brown, J., Stapleton, J., & West, R. (2013). How does rate of smoking cessation vary by age, gender and social grade? Findings from a population survey in England. *Addiction*, 108(9), 1680-1685. doi: 10.1111/add.12241
- Fismen, A. S., Samdal, O., & Torsheim, T. (2012). Family affluence and cultural capital as indicators of social inequalities in adolescent's eating behaviours: a population-based survey. *BMC Public Health*, 12, 1036. doi: 10.1186/1471-2458-12-1036
- Freedman, K. S., Nelson, N. M., & Feldman, L. L. (2011). Smoking Initiation Among Young Adults in the United States and Canada, 1998-2010: A Systematic Review. *Preventing Chronic Disease*. doi: 10.5888/pcd9.110037
- Frohlich, K. L., Dunn, J. R., McLaren, L., Shiell, A., Potvin, L., Hawe, P., . . . Thurston, W. E. (2007). Understanding place and health: a heuristic for using administrative data. *Health Place*, 13(2), 299-309. doi: 10.1016/j.healthplace.2006.01.007
- Gagne, T., Agouri, R., Cantinotti, M., Boubaker, A., & Frohlich, K. L. (2014). How important are paper copies of questionnaires? Testing invitations modes when studying social inequalities in smoking among young adults. *Int J Public Health*, 59(1), 207-210. doi: 10.1007/s00038-013-0469-y

- Galea, S., & Tracy, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol*, 17(9), 643-653. doi: 10.1016/j.annepidem.2007.03.013
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2006a). Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*, 60(1), 7-12. doi: 10.1136/jech.2004.023531
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2006b). Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health*, 60(2), 95-101. doi: 10.1136/jech.2004.028092
- Garrett, B. E., Dube, S. R., Winder, C., Caraballo, R. S. (2013). Cigarette Smoking - United States, 2006-2008 and 2009-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(3 (Suppl)), 81-84.
- Giovino, G. A. (2007). The tobacco epidemic in the United States. *American journal of preventive medicine*, 33(6 Suppl), S318-326. doi: 10.1016/j.amepre.2007.09.008
- Giskes, K., Kunst, A. E., Benach, J., Borrell, C., Costa, G., Dahl, E., . . . Mackenbach, J. P. (2005). Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *J Epidemiol Community Health*, 59(5), 395-401. doi: 10.1136/jech.2004.025684
- Glasscock, D. J., Andersen, J. H., Labriola, M., Rasmussen, K., & Hansen, C. D. (2013). Can negative life events and coping style help explain socioeconomic differences in perceived stress among adolescents? A cross-sectional study based on the West Jutland cohort study. *BMC Public Health*, 13, 532.
- Gniewosz, B., & Noack, P. (2012). The role of between-parent values agreement in parent-to-child transmission of academic values. *Journal of Adolescence*, 35(4), 809-821.
- Goldman, D., & Smith, J. P. (2011). The increasing value of education to health. *Soc Sci Med*, 72(10), 1728-1737. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.047
- Graham, H. (2007). *Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities*. Maidenhead: Open University Press. 215 pages.
- Graham, H., Inskip, H. M., Francis, B., & Harman, J. (2006). Pathways of disadvantage and smoking careers: evidence and policy implications. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(Supplement 2), ii7-ii12. doi: 10.1136/jech.2005.045583
- Graham, H., & Power, C. (2004). Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research. *Child Care Health Dev*, 30(6), 671-678. doi: 10.1111/j.1365-2214.2004.00457.x
- Green, M. P., McCausland, K. L., Xiao, H., Duke, J. C., Vallone, D. M., & Healton, C. G. (2007). A closer look at smoking among young adults: where tobacco control should focus its attention. *Am J Public Health*, 97(8), 1427-1433. doi: 10.2105/ajph.2006.103945
- Hagquist, C. E. (2007). Health inequalities among adolescents: the impact of academic orientation and parents' education. *Eur J Public Health*, 17(1), 21-26. doi: 10.1093/eurpub/ckl087
- Haines, R. J., Poland, B. D., & Johnson, J. L. (2009). Becoming a 'real' smoker: cultural capital in young women's accounts of smoking and other substance use. *Sociol Health Illn*, 31(1), 66-80. doi: 10.1111/j.1467-9566.2008.01119.x
- Halperin, A. C., Smith, S. S., Heiligenstein, E., Brown, D., & Fleming, M. F. (2010). Cigarette smoking and associated health risks among students at five universities. *Nicotine Tob Res*, 12(2), 96-104. doi: 10.1093/ntr/ntp182

- Hammond, D. (2005). Smoking behaviour among young adults: beyond youth prevention. *Tob Control, 14*(3), 181-185. doi: 10.1136/tc.2004.009621
- Hanson, M. D., & Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med, 30*(3), 263-285. doi: 10.1007/s10865-007-9098-3
- Hardaway, C. R., & McLoyd, V. C. (2009). Escaping poverty and securing middle class status: how race and socioeconomic status shape mobility prospects for African Americans during the transition to adulthood. *J Youth Adolesc, 38*(2), 242-256. doi: 10.1007/s10964-008-9354-z
- Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *Lancet, 1*(7696), 405-412.
- Harwood, G. A., Salsberry P., Ferketich, A. K., Wewers, M. E. . (2007). Cigarette Smoking, Socioeconomic Status, Psychosocial Factors: a Conceptual Framework. *Public Health Nursing, 24*(4), 361-371.
- Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Abbott, R. D., & Guo, J. (2005). Family influences on the risk of daily smoking initiation. *J Adolesc Health, 37*(3), 202-210. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.08.014
- Hill, S., Amos, A., Clifford, D., & Platt, S. (2013). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tobacco control*. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051110
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafo, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci, 1248*, 107-123. doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x
- Huisman, M., Van Lenthe, F. J., Giskes, K., Kamphuis, C. B., Brug, J., & Mackenbach, J. P. (2012). Explaining socio-economic inequalities in daily smoking: a social-ecological approach. *Eur J Public Health, 22*(2), 238-243. doi: 10.1093/eurpub/ckr039
- Husten, C. G. (2007). Smoking Cessation in Young Adults. *American Journal of Public Health, 97*(8), 1354-1356.
- IBM (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY: IBM.
- Iversen, A. C., & Holsen, I. (2008). Inequality in Health, Psychosocial Resources and Health Behavior in Early Adolescence: The Influence of Different Indicators of Socioeconomic Position. *Children Indicators Research, 1*, 291-302.
- Jackson, C., & Dickinson, D. (2006). Enabling parents who smoke to prevent their children from initiating smoking: results from a 3-year intervention evaluation. *Arch Pediatr Adolesc Med, 160*(1), 56-62. doi: 10.1001/archpedi.160.1.56
- Jackson, C., & Dickinson, D. M. (2011). Anti-smoking parenting practices: recall by and effect on children's risk of smoking after 3 years. *Int J Public Health, 56*(3), 263-270. doi: 10.1007/s00038-010-0227-3
- Jefferis, B. J., Power, C., Graham, H., & Manor, O. (2004). Effects of childhood socioeconomic circumstances on persistent smoking. *Am J Public Health, 94*(2), 279-285.
- Johansson, S. E., Konlaan, B. B., & Bygren, L. O. (2001). Sustaining habits of attending cultural events and maintenance of health: a longitudinal study. *Health Promot Int, 16*(3), 229-234.
- Jusot, F., & Khlat, M. (2013). The role of time and risk preferences in smoking inequalities: a population-based study. *Addict Behav, 38*(5), 2167-2173. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.12.011

- Kamin, T., Kolar, A., & Steiner, P. M. (2013). The role of cultural capital in producing good health: a propensity score study / Vpliv kulturnega kapitala na zdravje: študija nagnjenja. *Slovenian Journal of Public Health*, 52(2). doi: 10.2478/sjph-2013-0013
- Kanaan, M. N., & Afifi, R. A. (2010). Gender differences in determinants of weight-control behaviours among adolescents in Beirut. *Public Health Nutr*, 13(1), 71-81. doi: 10.1017/S136898000900500X
- Kestila, L., Koskinen, S., Martelin, T., Rahkonen, O., Pensola, T., Aro, H., & Aromaa, A. (2006). Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *Eur J Public Health*, 16(3), 306-315. doi: 10.1093/eurpub/cki164
- Kestila, L., Koskinen, S., Martelin, T., Rahkonen, O., Pensola, T., Pirkola, S., . . . Aromaa, A. (2006). Influence of parental education, childhood adversities, and current living conditions on daily smoking in early adulthood. *Eur J Public Health*, 16(6), 617-626. doi: 10.1093/eurpub/ckl054
- Khawaja, M., Barazi, R., & Linos, N. (2007). Maternal cultural participation and child health status in a Middle Eastern context: evidence from an urban health study. *Child Care Health Dev*, 33(2), 117-125. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00660.x
- Khawaja, M., & Mowafi, M. (2006). Cultural capital and self-rated health in low income women: evidence from the Urban Health Study, Beirut, Lebanon. *J Urban Health*, 83(3), 444-458. doi: 10.1007/s11524-006-9051-8
- Khawaja, M., & Mowafi, M. (2007). Types of cultural capital and self-rated health among disadvantaged women in outer Beirut, Lebanon. *Scand J Public Health*, 35(5), 475-480. doi: 10.1080/14034940701256958
- Kingston, P. W. (2001). The Unfulfilled Promise of Cultural Capital Theory. *Sociology of Education*, 74, 88-99.
- Klein, E. G., Bernat, D. H., Lenk, K. M., & Forster, J. L. (2013). Nondaily smoking patterns in young adulthood. *Addict Behav*, 38(7), 2267-2272. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.03.005
- Kong, G., Camenga, D., & Krishnan-Sarin, S. (2012). Parental influence on adolescent smoking cessation: is there a gender difference? *Addict Behav*, 37(2), 211-216. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.10.013
- Konlaan, B. B., Bygren, L. O., & Johansson, S. E. (2000). Visiting the cinema, concerts, museums or art exhibitions as determinant of survival: a Swedish fourteen-year cohort follow-up. *Scand J Public Health*, 28(3), 174-178.
- Kosteniuk, J. G., & Dickinson, H. D. (2003). Tracing the social gradient in the health of Canadians: primary and secondary determinants. *Soc Sci Med*, 57(2), 263-276.
- Kraaykamp, G., & van Eijck, K. (2010). The Intergenerational Reproduction of Cultural Capital: A Threefold Perspective. *Social Forces*, 89(1), 209-232.
- Krange, O., & Pedersen, W. (2001). Return of the Marlboro Man? Recreational Smoking among Young Norwegian Adults. *Journal of Youth Studies*, 4(2), 155-174. doi: 10.1080/13676260120056960
- Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*, 18, 341-378. doi: 10.1146/annurev.publhealth.18.1.341
- Laberge, S. (1995). Toward an Integration of Gender Into Bourdieu's Concept of Cultural Capital. *Sociology of Sport Journal*, 12, 132-146.

- Lamont, M., & Lareau, A. (1988). Cultural Capital: Allusions, Gaps and Glissandos in Recent Theoretical Developments. *Sociological Theory*, 6(2), 153-168.
- Lareau, A., & Weininger, E. B. (2003). Cultural Capital in Education Research: A Critical Assessment. *Theory and Society*, 32(5/6), 567-606.
- Lavoie, K., Bonneli, H., Gauthier, J., Hamel, M., Raymond, V., Villeneuve, C. (2010). *Portrait de santé des jeunes québécois âgés de 15 à 24 ans. Fédération des Cégeps*. 60 pages.
- Lawlor, D. A., O'Callaghan, M. J., Mamun, A. A., Williams, G. M., Bor, W., & Najman, J. M. (2005). Socioeconomic position, cognitive function, and clustering of cardiovascular risk factors in adolescence: findings from the Mater University Study of Pregnancy and its outcomes. *Psychosom Med*, 67(6), 862-868. doi: 10.1097/01.psy.0000188576.54698.36
- Lee, J., & Macdonald, D. (2009). Rural young people and physical activity: understanding participation through social theory. *Sociol Health Illn*, 31(3), 360-374. doi: 10.1111/j.1467-9566.2008.01138.x
- Li, Q., Dresler, C., Heck, J. E., Allwright, S., Haglund, M., Sanchez, S., . . . Hashibe, M. (2010). Knowledge and beliefs about smoking and cancer among women in five European countries. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 19(11), 2811-2820. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-10-0432
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav, Spec No*, 80-94.
- Logstein, B., Blekesaune, A., & Almas, R. (2013). Physical activity among Norwegian adolescents--a multilevel analysis of how place of residence is associated with health behaviour: the Young-HUNT study. *Int J Equity Health*, 12, 56. doi: 10.1186/1475-9276-12-56
- Long, L. H. (1992). Changing Residence: Comparative Perspective and its relations to age, sex and marital status. *Population Studies*, 46(1), 141-158.
- Lovell, A. M. (2002). Risking risk: the influence of types of capital and social networks on the injection practices of drug users. *Social Science and Medecine*, 55, 805-821.
- Lynch, J., Kaplan, G. (2000). Socioeconomic Position. Dans L. F. Berkman, Kawachi, I. (dir.), *Social Epidemiology* (p. 13-35). New York: Oxford University Press.
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med*, 75(4), 761-769. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.031
- Madarasova Geckova, A., Stewart, R., van Dijk, J. P., Orosova, O., Groothoff, J. W., & Post, D. (2005). Influence of socio-economic status, parents and peers on smoking behaviour of adolescents. *Eur Addict Res*, 11(4), 204-209. doi: 10.1159/000086403
- Madarasova Geckova, A., Tavel, P., van Dijk, J. P., Abel, T., & Reijneveld, S. A. (2010). Factors associated with educational aspirations among adolescents: cues to counteract socioeconomic differences? *BMC Public Health*, 10, 154. doi: 10.1186/1471-2458-10-154
- Mahabee-Gittens, E. M., Ding, L., Gordon, J. S., & Huang, B. (2010). Agreement between parents and youth on measures of anti-smoking socialization. *J Child Adolesc Subst Abuse*, 19(2), 158-170. doi: 10.1080/10678281003635022
- Makomaski Illing, E. M., & Kaiserman, M. J. (2004). Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998. *Can J Public Health*, 95(1), 38-44.

- Malat, J. (2006). Expanding research on the racial disparity in medical treatment with ideas from sociology. *Health (London)*, *10*(3), 303-321. doi: 10.1177/1363459306064486
- Margolis, R. (2013). Educational differences in healthy behavior changes and adherence among middle-aged Americans. *J Health Soc Behav*, *54*(3), 353-368. doi: 10.1177/0022146513489312
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, *365*(9464), 1099-1104. doi: 10.1016/s0140-6736(05)71146-6
- Martin, J. L. (2003). What is field theory? *American Journal of Sociology*, *109*, 1-49.
- Martin, M. A. (2012). Family Structure and the Intergenerational Transmission of Education Advantage. *Social Science Research*, *41*(1), 33-47.
- Mendez, D., Warner, K. E., & Courant, P. N. (1998). Has smoking cessation ceased? Expected trends in the prevalence of smoking in the United States. *Am J Epidemiol*, *148*(3), 249-258.
- Montez, J. K., & Zajacova, A. (2013). Trends in mortality risk by education level and cause of death among US White women from 1986 to 2006. *Am J Public Health*, *103*(3), 473-479. doi: 10.2105/ajph.2012.301128
- Murray, M., Kiryluk, S., & Swan, A. V. (1985). Relation between parents' and children's smoking behaviour and attitudes. *J Epidemiol Community Health*, *39*(2), 169-174.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2013). *Mplus User's Guide. Seventh Edition*. Los Angeles, CA Muthén & Muthén.
- Nagelhout, G. E., de Korte-de Boer, D., Kunst, A. E., van der Meer, R. M., de Vries, H., van Gelder, B. M., & Willemssen, M. C. (2012). Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. *BMC Public Health*, *12*, 303. doi: 10.1186/1471-2458-12-303
- Nicola, M. L., Carvalho, H. B., Yoshida, C. T., Anjos, F. D., Nakao, M., de Paula Santos, U., . . . Nakagawa, N. K. (2013). Young "healthy" smokers have functional and inflammatory changes in the nasal and the lower airways. *Chest*. doi: 10.1378/chest.13-1355
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259-267.
- O'Loughlin, J. L., Dugas, E. N., O'Loughlin, E. K., Karp, I., & Sylvestre, M. P. (2014). Incidence and determinants of cigarette smoking initiation in young adults. *J Adolesc Health*, *54*(1), 26-32 e24. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.009
- Oakes, J. M., & Kaufman, J. S. (2006). *Methods in Social Epidemiology*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Oakes, J. M., & Rossi, P. H. (2003). The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Soc Sci Med*, *56*(4), 769-784.
- Oesterle, S., Hawkins, J. D., & Hill, K. G. (2011). Men's and women's pathways to adulthood and associated substance misuse. *J Stud Alcohol Drugs*, *72*(5), 763-773.
- Pampalon, R., & Raymond, G. (2003). Indice de défavorisation matérielle et sociale: son application au secteur de la santé et du bien-être. *Santé, Société et Solidarité*, *1*, 191-208.

- Pampel, F. C., & Denney, J. T. (2011). Cross-national sources of health inequality: education and tobacco use in the World Health Survey. *Demography*, 48(2), 653-674. doi: 10.1007/s13524-011-0027-2
- Park, H. (2008). Home literacy environments and children's reading performance: a comparative study of 25 countries. *Educational Research and Evaluation: An International Journal on Theory and Practice*, 14(6), 489-505.
- Patterson, A. C., & Veenstra, G. (2012). Capital Relations and Health: Mediating and Moderating Effects of Cultural, Economic, and Social Capitals on Mortality in Alameda County, California. *International Journal of Health Services*, 42(2), 277-291. doi: 10.2190/HS.42.2.h
- Pedersen, W. (1996). Working-Class Boys at the Margins: Ethnic Prejudice, Cultural Capital and Gender. *Acta Sociologica*, 39(3), 257-279.
- Pedersen, W., & von Soest, T. (2014). Tobacco use among Norwegian adolescents: from cigarettes to snus. *Addiction*. doi: 10.1111/add.12509
- Pederson, L. L., Koval, J. J., Chan, S. S., & Zhang, X. (2007). Variables related to tobacco use among young adults: are there differences between males and females? *Addict Behav*, 32(2), 398-403. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.05.004
- Pennanen, M., Haukkala, A., De Vries, H., & Vartiainen, E. (2011). Academic achievement and smoking: is self-efficacy an important factor in understanding social inequalities in Finnish adolescents? *Scand J Public Health*, 39(7), 714-722. doi: 10.1177/1403494811420484
- Percheski, C., & Hargittai, E. (2011). Health Information Seeking in the Digital Age. *Journal of American College Health*, 59(5), 379-386.
- Pierce, J. P., Fiore, M. C., Novotny, T. E., Hatziandreu, E. J., & Davis, R. M. (1989). Trends in cigarette smoking in the United States. Educational differences are increasing. *Jama*, 261(1), 56-60.
- Quesnel-Vallee, A., & Taylor, M. (2012). Socioeconomic pathways to depressive symptoms in adulthood: evidence from the National Longitudinal Survey of Youth 1979. *Soc Sci Med*, 74(5), 734-743. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.038
- Reid, J. L., Hammond D, Burkhalter R, Rynard VL, Ahmed R. (2013). Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
- Roscigno, V. J., & Ainsworth-Darnell, J. W. (1999). Race, Cultural Capital, and Educational Resources: Persistent Inequalities and Achievement Returns. *Sociology of Education*, 72, 158-178.
- Scharoun-Lee, M., Adair, L. S., Kaufman, J. S., & Gordon-Larsen, P. (2009). Obesity, race/ethnicity and the multiple dimensions of socioeconomic status during the transition to adulthood: A factor analysis approach. *Social Science and Medecine*, 68, 708-716. doi: 10.1016/j.socscimed.20
- Scharoun-Lee, M., Gordon-Larsen, P., Adair, L. S., Popkin, B. M., Kaufman, J. S., & Suchindran, C. M. (2011). Intergenerational profiles of socioeconomic (dis)advantage and obesity during the transition to adulthood. *Demography*, 48(2), 625-651. doi: 10.1007/s13524-011-0024-5
- Scheffels, J., & Lund, K. E. (2005). Occasional Smoking in Adolescence: Constructing an Identity of Control. *Journal of Youth Studies*, 8(4), 445-460.

- Schori, D., Hofmann, K., & Abel, T. (2014). Social inequality and smoking in young Swiss men: intergenerational transmission of cultural capital and health orientation. *Int J Public Health*, 59(2), 261-270. doi: 10.1007/s00038-013-0537-3
- Semyonov, L., Iarocci, G., Boccia, A., & La Torre, G. (2012). Socioeconomic differences in tobacco smoking in Italy: is there an interaction between variables? *ScientificWorldJournal*, 2012, 286472. doi: 10.1100/2012/286472
- Settersten, R. A. J., Frustenberg, F. F., Rumbaut, R. G. (eds.) (2008). *On the Frontier of Adulthood: Theory, Research, and Public Policy*. University of Chicago Press. Chicago, IL. 608 pages.
- Shavers, V. L. (2007). Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *J Natl Med Assoc*, 99(9), 1013-1023.
- Sheng, X. (2012). Cultural capital and gender differences in parental involvement in children's schooling and higher education choice in China. *Gender and Education*, 24(2), 131-146. doi: 10.1080/09540253.2011.582033
- Shim, J. K. (2010). Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1-15. doi: 10.1177/0022146509361185
- Siegal, M., & Aboud, F. (2005). Characterizing the scope of socialization and its impact on health: a commentary on Singh-Manoux and Marmot's "role of socialization in explaining social inequalities in health" (60: 9, 2005, 2129-2133). *Soc Sci Med*, 61(11), 2269-2271; discussion 2277-2269. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.033
- Singh-Manoux, A. (2005). Socialization and health inequalities: Some clarifications. A reply to Kendall & Li, and Siegal & Aboud. *Social Science and Medecine*, 61(11), 2277-2279.
- Singh-Manoux, A., & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Soc Sci Med*, 60(9), 2129-2133. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.070
- Smith, P., Frank, J., & Mustard, C. (2009). Trends in educational inequalities in smoking and physical activity in Canada: 1974-2005. *J Epidemiol Community Health*, 63(4), 317-323. doi: 10.1136/jech.2008.078204
- Spencer, N. (2006). Maternal cultural capital: what is being measured and how important is it as a determinant of child health? *Child Care Health Dev*, 33(2), 126-127. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00659.x
- 10.1111/j.1365-2214.2006.00660.x
- Statcan. (2014). Aire de diffusion (AD) - Dictionnaire du recensement. Repéré le 10 juin 2014 à <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/geo021-fra.cfm>
- Sullivan, A. (2001). Cultural Capital and Educational Attainment. *Sociology*, 35(4), 893-912. doi: 10.1177/0038038501035004006
- Suls, J. M., Luger, T. M., Curry, S. J., Mermelstein, R. J., Sporer, A. K., & An, L. C. (2012). Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: a meta-analysis. *Am J Prev Med*, 42(6), 655-662. doi: 10.1016/j.amepre.2012.02.013
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. (4th^e éd.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Terry-McElrath, Y. M., Emery, S., Wakefield, M. A., O'Malley, P. M., Szczyepka, G., & Johnston, L. D. (2013). Effects of tobacco-related media campaigns on smoking

- among 20-30-year-old adults: longitudinal data from the USA. *Tob Control*, 22(1), 38-45. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050208
- Tjora, T., Hetland, J., Aaro, L. E., Wold, B., & Overland, S. (2012). Late-onset smokers: how many, and associations with health behaviours and socioeconomic status. *Scand J Public Health*, 40(6), 537-543. doi: 10.1177/1403494812454233
- Uebersax, J. S. (2006). Introduction to the Tetrachoric and Polychoric Correlation Coefficients. Repéré le 10 juin 2014 2014 à <http://www.john-uebersax.com/stat/tetra.htm>
- USDHHS. (2012). Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
- Vagero, D., & Illsley, R. (1995). Explaining health inequalities: beyond Black and Barker. *European Sociological Review*, 11, 219-241.
- Van Rossem, R., Berten, H., & Van Tuyckom, C. (2010). AIDS knowledge and sexual activity among Flemish secondary school students: a multilevel analysis of the effects of type of education. *BMC Public Health*, 10, 30. doi: 10.1186/1471-2458-10-30
- Veenstra, G. (2007). Social space, social class and Bourdieu: health inequalities in British Columbia, Canada. *Health Place*, 13(1), 14-31. doi: 10.1016/j.healthplace.2005.09.011
- Vikram, K., Vanneman, R., & Desai, S. (2012). Linkages between maternal education and childhood immunization in India. *Soc Sci Med*, 75(2), 331-339. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.043
- Virtanen, P., Nakari, R., Ahonen, H., Vahtera, J., & Pentti, J. (2000). Locality and habitus: the origins of sickness absence practices. *Soc Sci Med*, 50, 27-39.
- von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., & Ravens-Sieberer, U. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Health*, 60(2), 130-135. doi: 10.1136/jech.2005.039792
- Vorhies, V., Davis, K. E., Frounfelder, R. L., Kaiser, S. M. (2012). Applying Social and Cultural Capital Frameworks: Understanding Employment Perspectives of Transition Age Youth with Serious Mental Health Conditions. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 257-270.
- Walker, N., & Catrambone, R. (1992). *Aggregation Bias and the Use of Regression in Evaluating Models of Human Performance*. Graphics, Visualization and Usability Center, Georgia Institute of Technology.
- Wall, S. (1995). Epidemiology for Prevention. *International Journal of Epidemiology*, 24(4), 655-664.
- Weaver, R. R., Lemonde, M., Payman, N., & Goodman, W. M. (2014). Health capabilities and diabetes self-management: The impact of economic, social, and cultural resources. *Social Science & Medicine*, 102, 58-68. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.11.033
- Wechsler, H., Rigotti, N. A., Gledhill-Hoyt, J., & Lee, H. (1998). Increased levels of cigarette use among college students: a cause for national concern. *Jama*, 280(19), 1673-1678.
- Weine, S. M., Ware, N., & Klebic, A. (2004). Converting Cultural Capital Among Teen Refugees and Their Families From Bosnia-Herzegovina. *Psychiatric Services*, 55(8), 923-927.

- Wilkinson, A. V., Waters, A. J., Bygren, L. O., & Tarlov, A. R. (2007). Are variations in rates of attending cultural activities associated with population health in the United States? *BMC Public Health*, 7, 226. doi: 10.1186/1471-2458-7-226
- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociol Health Illn*, 17(5), 577-604.
- Wynder, E. L., & Graham, E. A. (1950). Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases. *Journal of the American Medical Association*, 143(4), 329-336.
- Yaish, M., & Katz-Gerro, T. (2010). Disentangling 'Cultural Capital': The Consequences of Cultural and Economic Resources for Taste and Participation. *European Sociological Review*, 28(2), 169-185. doi: 10.1093/esr/jcq056

ANNEXE 1 – APPROBATION ÉTHIQUE

24 mai 2011

Objet: Certificat d'éthique - « Étude interdisciplinaire sur les inégalités liées au tabagisme /
Interdisciplinary study of inequalities in smoking »

Mme Katherine L. Frohlich,

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CÉRFM) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée au Bureau Recherche-Développement-Valorisation.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CÉRFM tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Isabelle Ganache, présidente
Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine

Université de Montréal

/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV
p.j. Certificat #11-019-CERFM-D

Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CÉRFM), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Étude interdisciplinaire sur les inégalités liées au tabagisme / Interdisciplinary study of inequalities in smoking
Chercheure requérant	Katherine L. Frohlich (65856), Professeure agrégée, Faculté de médecine - Département de médecine sociale et préventive.

Financement	
Organisme	IRSC
Programme	Subvention de fonctionnement
Titre de l'octroi si différent	Interdisciplinary Study of Inequalities in Smoking (ISIS)
Numéro d'octroi	231010
Chercheur principal	
No de compte	N.D.

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CÉRFM qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CÉRFM.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CÉRFM.


Isabelle Ganache, présidente
Comité d'éthique de la recherche de la Faculté
de médecine (CÉRFM)
Université de Montréal

5 mai 2011
Date de délivrance

1er mars 2015
Date de fin de validité

ANNEXE 2 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement

ISIS – Santé et milieux de vie

Chercheuse principale :

Katherine L. Frohlich
Département de médecine sociale et préventive
Institut de recherche en santé publique
Université de Montréal

Co-chercheurs :

Thomas Abel, Michael Cantinotti, Mark Daniel,
Clément Dassa, Geetanjali Datta, Yan Kestens,
Bernard-Simon Leclerc, Jennifer O’Loughlin,
Louise Potvin, Martine Shareck

Objectif du projet : L’étude ISIS vise à étudier le lien entre la santé et le milieu de vie chez les jeunes Montréalais. Vous faites partie des 6 000 Montréalais qui sont invités à participer à cette étude de l’Université de Montréal, parce que nous voulons mieux comprendre comment le fait de vivre dans votre quartier peut influencer votre santé. Nous souhaitons aussi mieux comprendre pourquoi l’usage du tabac demeure élevé chez les groupes de faible statut socio-économique et qu’est-ce qui, dans le quartier, influence le plus les inégalités liées au tabagisme.

Déroulement : Si vous acceptez de participer à l’étude ISIS, nous vous demanderons de remplir un questionnaire qui porte sur différents aspects de votre vie, comme le quartier où vous habitez, votre consommation de cigarettes, votre réseau social, votre travail et vos études. Pour remplir ce questionnaire, vous aurez besoin d’environ 20 minutes. Vous pourrez le remplir sur un site Internet protégé par mot de passe, en format papier, par téléphone ou lors d’une entrevue en face-à-face dans un lieu et au moment de votre choix. Lorsque vous nous aurez transmis votre questionnaire complété, nous vous enverrons une carte cadeau d’une valeur de 10 \$ échangeable chez un détaillant de votre choix parmi iTunes, Renaud-Bray et Cineplex Odeon pour vous remercier d’avoir participé à l’étude. Pour savoir s’il y a eu des changements dans votre milieu de vie et votre santé, nous vous contacterons à nouveau dans 2 ans pour vous demander de remplir un questionnaire similaire. Votre participation est extrêmement importante et nous sommes très intéressés à connaître votre point de vue. Pour cette raison, une personne responsable des entrevues pourrait vous contacter à votre domicile, par téléphone ou en personne dans le cadre de cette étude.

Participation : Nous avons obtenu vos coordonnées de la Régie de l’assurance-maladie du Québec avec l’autorisation de la Commission d’Accès à l’Information du Québec. Votre participation à l’étude ISIS est tout à fait volontaire. Vous avez le choix d’accepter ou de refuser de participer. Si certaines questions vous rendent mal à l’aise ou pourraient vous causer un tort psychologique, vous pouvez aussi refuser d’y répondre. Si vous refusez de participer, ou si vous décidez de vous retirer de l’étude en tout temps, vous n’aurez à donner aucune raison, ni à subir aucun préjudice. Vous pouvez vous retirer de l’étude à tout moment en contactant la coordonatrice de la recherche (Rowena Agouri). Dans cette éventualité, toutes vos informations seront détruites.

Critères d’inclusion : Vous êtes éligible à participer à l’étude si 1) vous êtes âgé(e) entre 18 et 25 ans au moment de répondre aux questions; 2) vous maîtrisiez le français ou l’anglais suffisamment pour



répondre aux questions ; et 3) vous demeurez à votre résidence actuelle depuis une année ou plus au moment de répondre aux questions.

Confidentialité : Nous vous assurons que toutes les informations que vous nous fournirez seront traitées de façon strictement confidentielle. La chercheuse principale et les coordonnateurs de la recherche seront les seules personnes qui auront accès à vos données. Toutes les données seront conservées dans des armoires verrouillées à clé à l'Université de Montréal, ou dans des fichiers électroniques protégés à l'aide de mots de passe, pour une période maximale de 7 ans après la fin du projet. Les résultats globaux de l'étude ISIS qui seront publiés dans des revues et sur le site web , ou présentés lors de conférences ne permettront d'identifier aucun participant. A des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal ainsi que par des représentants des Instituts de Recherche en Santé du Canada. Tous adhèrent à une politique de confidentialité stricte.

Bénéfices et inconvénients : Grâce à vos réponses, nous réussirons à mieux comprendre le lien entre le milieu de vie et la santé chez les jeunes adultes. Nous pourrions donc développer de meilleures stratégies pour améliorer le bien-être de la population. De plus, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche en vous faisant parvenir des bulletins d'information au cours de l'étude. Il n'y a aucun inconvénient associé à la participation à l'étude ISIS, à part le temps qui vous mettez à répondre au questionnaire.

Éventualité d'une suspension de l'étude : La participation à cette étude peut être interrompue par la chercheuse si elle croit que cela est dans le plus grand intérêt du participant, si le participant ne répond plus aux critères de sélection ou pour toute autre raison que la chercheuse juge valable.

Personnes ressources : Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant vos droits en tant que participant(e) à l'étude, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal . Si vous avez une plainte par rapport à cette recherche, vous pouvez contacter l'ombudsman de l'Université de Montréal, au ou par courriel à . L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

Consentement : En signant ce formulaire de consentement, vous confirmez que vous avez lu et compris le contenu de ce formulaire. Vous comprenez que votre participation est volontaire, et que vous êtes libre de vous retirer de l'étude en tout temps. Finalement, vous acceptez que des membres de l'équipe de recherche vous contactent, au besoin, pour faire un suivi ou pour recevoir vos commentaires.

Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration dans ce grand projet !

L'équipe ISIS,

Katherine L. Frohlich
Chercheuse principale

Rovena Agouini
Coordonatrice





Veillez compléter la section ci-dessous et nous renvoyer le formulaire par la suite. Vous pouvez conserver la copie supplémentaire que nous vous avons envoyée.

- J'accepte** de participer à l'étude ISIS
- Je refuse** de participer à l'étude ISIS

Votre nom (en lettres MAJUSCULES)

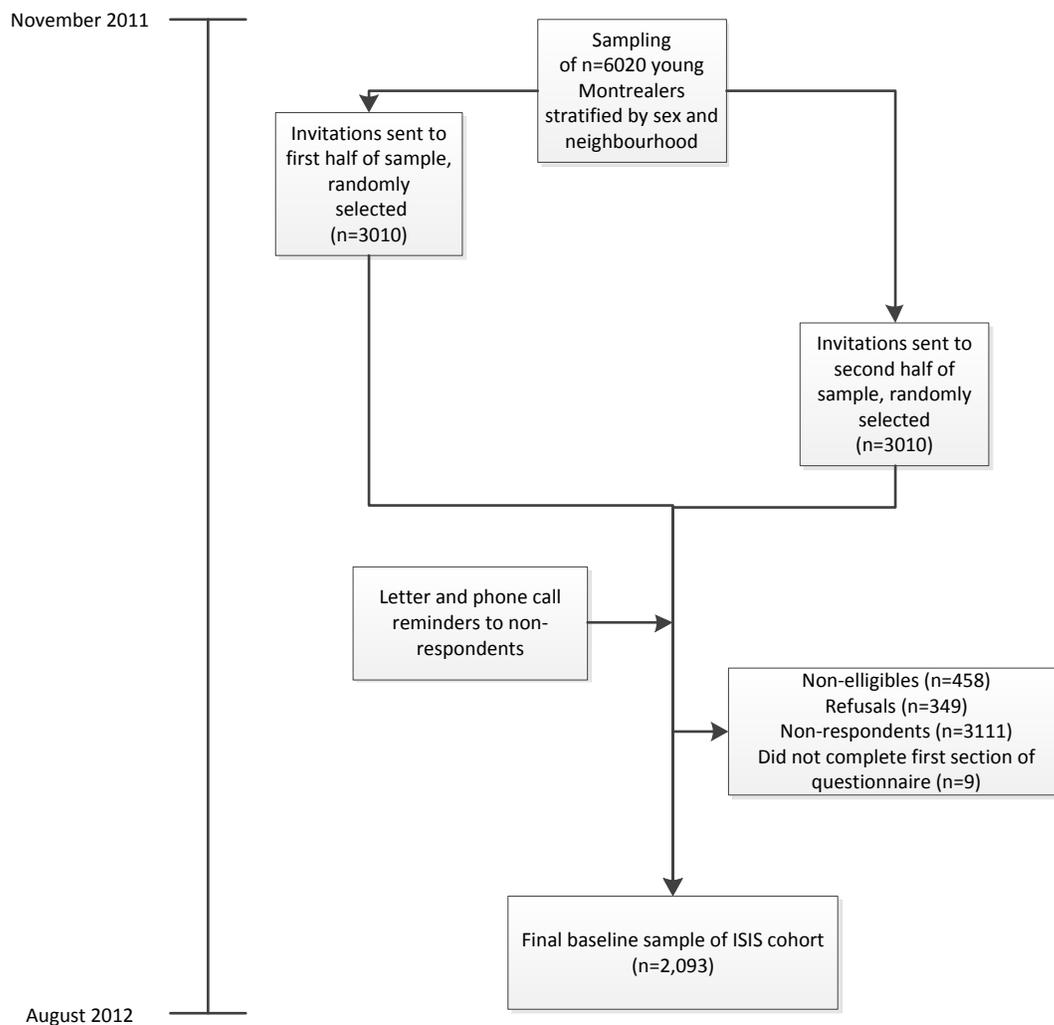
Votre signature

Date

ANNEXE 3 – PROCÉDURE DE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

PROCÉDURE DE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS ISIS

(Recopié avec permission de Frohlich et al., en préparation)



ANNEXE 4 – DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON ISIS

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON ISIS

Variables	Fréquences <i>N</i> (% valide)	Données manquantes <i>N</i> (%)
Age		0
Moyenne (écart-type)	21.48 (2.28)	
Sexe		0
H	904 (43.4)	
F	1179 (56.6)	
Statut de fumeur		0
Non-fumeur	1606 (77.1)	
Fumeur	477 (22.9)	
Nombre de cigarettes fumées lors d'une journée chez tous les fumeurs (<i>n</i> = 477)		2 (0.4)
Moyenne (écart-type)	6.17 (6.22)	
Niveau d'éducation		9 (0.4)
Secondaire non complété	149 (7.2)	
Secondaire complété	658 (31.7)	
Diplôme collégial complété	902 (43.5)	
Diplôme universitaire complété	365 (17.6)	
Nombre de livres au foyer		89 (4.3)
Moins de 10 livres	134 (6.7)	
Entre 10 et 49 livres	627 (31.4)	
Entre 50 et 199 livres	709 (35.6)	
Entre 200 et 399 livres	322 (16.1)	
400 livres et plus	202 (10.1)	
Importance de la santé au foyer		45 (2.2)

Aucune importance	27 (1.3)
Peu d'importance	176 (8.6)
Assez d'importance	651 (31.9)
Beaucoup d'importance	1184 (58.1)

Lorsque vous avez des questions à poser au sujet de votre santé, à qui les posez-vous en premier?

A un professionnel de santé

Oui		0
Non	1176 (56.5)	

A un membre de votre famille

Oui		0
Non	1475 (70.8)	

A un(e) ami(e) ou à une autre personne

Oui		0
Non	891 (42.8)	

Vous cherchez les réponses sur internet

Oui		0
Non	1171 (56.2)	

Vous ne les posez à personne

Oui		0
Non	91 (4.4)	

1992 (95.6)

ANNEXE 5 – DÉFINITION OPÉRATOIRE DES VARIABLES

DÉFINITION OPÉRATOIRE DES VARIABLES

Nom de la variable	Question/Item	Source de données (Origine des libellés de questions)	Échelle et codage
<i>Variables de contrôle</i>			
Sexe	Non-disponible	RAMQ	Nominal : 0 : Femme 1 : Homme
Âge	A2. Quelle est votre date de naissance?	Questionnaire ISIS	Continu : 18 à 25
<i>Variables indépendantes</i>			
Niveau d'éducation	49. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?	Questionnaire ISIS (Santé Québec)	Ordinal : 0 : Secondaire non complété 1 : Secondaire complété 2 : Diplôme collégial complété 3 : Diplôme universitaire complété
Nombre de livres au foyer	48. Veuillez estimer le nombre de livres qui se trouvait au foyer lorsque vous étiez enfant. Y avait-il...	Questionnaire ISIS	Ordinal : 0 : Moins de 10 livres 1 : De 10 à 49 livres 2 : De 50 à 199 livres 3 : De 200 à 399 livres 4 : 400 livres ou plus
Importance de la santé au foyer	9. Lorsque vous étiez enfant, quelle importance vos parents attribuaient-ils à un mode de vie sain?	Questionnaire ISIS	Ordinal : 0 : Aucune importance 1 : Peu d'importance 2 : Assez d'importance 3 : Beaucoup d'importance
Rechercher de l'information de santé auprès d'un professionnel de la santé	8. Lorsque vous avez des questions à poser au sujet de votre santé, à qui les posez-vous en premier? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous)	Questionnaire ISIS	Nominal : 0 : (Non-choisi) 1 : A un professionnel de la santé (ex. médecin, pharmacien, infirmière)
Rechercher de l'information de santé auprès d'un membre de la famille	8. Lorsque vous avez des questions à poser au sujet de votre santé, à qui les posez-vous en premier? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous)	Questionnaire ISIS	Nominal : 0 : (Non-choisi) 1 : A un membre de votre famille

Rechercher de l'information de santé auprès d'un ami	8. Lorsque vous avez des questions à poser au sujet de votre santé, à qui les posez-vous en premier? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous)	Questionnaire ISIS	Nominal : 0 : (Non-choisi) 1 : A un(e) ami(e) ou à une autre personne (ex. collègue, voisin, connaissance)
Rechercher de l'information de santé auprès de l'internet	8. Lorsque vous avez des questions à poser au sujet de votre santé, à qui les posez-vous en premier? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous)	Questionnaire ISIS	Nominal : 0 : (Non-choisi) 1 : Vous cherchez les réponses sur Internet
Rechercher de l'information de santé auprès de personne	8. Lorsque vous avez des questions à poser au sujet de votre santé, à qui les posez-vous en premier? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous)	Questionnaire ISIS	Nominal : 0 : (Non-choisi) 1 : Vous ne les posez à personne
<i>Variables dépendantes</i>			
Statut tabagique	13. Avez-vous déjà fumé une cigarette entière? (question filtre) 15. Actuellement, fumez-vous tous les jours, à l'occasion ou jamais?	Questionnaire ISIS (Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes)	Nominal : 0 : Non-fumeur 1 : Fumeur
Nombre de cigarettes fumées au cours d'une journée chez les fumeurs	17. Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour? 20. Les jours où vous fumez, combien de cigarettes fumez-vous habituellement?	Questionnaire ISIS (Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes)	Continu

ANNEXE 7 – QUESTIONNAIRE ISIS

Questionnaire sur la santé et le milieu de vie des jeunes adultes montréalais

Merci beaucoup pour votre intérêt envers le projet ISIS! Votre participation est très importante pour nous.

Les pages suivantes comportent des questions qui traitent de différents aspects de votre vie. Nous voulons en apprendre davantage à propos de vos expériences personnelles afin de mieux comprendre le lien qui existe entre les quartiers et la santé des jeunes adultes montréalais. Plus particulièrement, les questions porteront sur les sujets suivants :

- Votre quartier
- Votre santé
- Votre consommation de cigarettes
- Votre vie et votre réseau social
- Vos origines culturelles et vos croyances religieuses
- Votre travail et vos études
- Votre logement
- Vos dépenses
- Les endroits où vous passez du temps

Nous nous engageons à ne jamais publier d'information personnelle qui permettrait de vous identifier. Si vous préférez ne pas répondre à certaines questions, veuillez simplement passer à la suivante.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE

- La plupart des questions peuvent avoir plusieurs réponses possibles. Veuillez choisir la réponse qui s'applique à vous en noircissant la case correspondante.
- Choisissez une seule réponse à chaque question, à moins que les directives mentionnent le contraire.
- Lorsque vous aurez terminé, veuillez nous poster le questionnaire et le formulaire de consentement signé dans l'enveloppe fournie.

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

 ou 

QUESTIONS QUI PORTENT SUR L'ADMISSIBILITÉ

Les questions suivantes servent à confirmer que vous êtes admissible pour prendre part à cette étude.

A1. Avez-vous entre 18 et 25 ans?

- Oui
- Non → Nous sommes désolés, mais vous ne pouvez pas participer à cette étude. Merci de nous avoir accordé votre temps.

A2. Quelle est votre date de naissance?

JOUR MOIS ANNÉE

A3. Quelle est votre adresse actuelle?

NUMÉRO ET NOM DE LA RUE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

A4. Depuis combien de temps habitez-vous à votre adresse actuelle?

- Depuis moins de 1 an → Nous sommes désolés, mais vous ne pouvez pas participer à cette étude. Merci de nous avoir accordé votre temps.
- Depuis 1 an ou plus → Allez à la question 1

VOTRE QUARTIER

1. Quand vous pensez à votre quartier, à quoi pensez-vous?

- À la rue ou au bloc de maisons où se trouve votre logement
- Aux quelques rues ou blocs de maisons qui se trouvent autour de votre logement
- À l'espace couvert par une marche de 15 minutes à partir de votre logement
- À l'espace couvert par une marche de plus de 15 minutes à partir de votre logement

2. Dans votre quartier, combien de personnes pouvez-vous saluer sur une base régulière?

- Aucune personne
- Quelques personnes
- Plusieurs personnes
- La plupart des personnes

Veillez indiquer votre degré d'accord avec les trois énoncés suivants :

3. Je peux faire confiance aux gens de mon quartier.

- Fortement en accord
- Plutôt en accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Fortement en désaccord
- Je ne sais pas

4. Je me sens en sécurité de sortir le soir, seul(e), dans mon quartier.

- Fortement en accord
- Plutôt en accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Fortement en désaccord
- Je ne sais pas

5. Les gens de mon quartier se rendent des services entre eux (ex. : prêter un outil, récupérer le courrier, utiliser le téléphone, etc.).

- Fortement en accord
- Plutôt en accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Fortement en désaccord
- Je ne sais pas

VOTRE SANTÉ

6. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'en général, votre santé physique est :

- Excellente
- Très bonne
- Assez bonne
- Passable
- Mauvaise
- Je ne sais pas

7. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'en général, votre santé mentale est :

- Excellente
- Très bonne
- Assez bonne
- Passable
- Mauvaise
- Je ne sais pas

8. Lorsque vous avez des questions à poser au sujet de votre santé, à qui les posez-vous en premier? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- À un professionnel de la santé (ex. : médecin, pharmacien, infirmière)
- À un membre de votre famille
- À un(e) ami(e) ou à une autre personne (ex. : collègue, voisin, connaissance)
- Vous cherchez les réponses sur Internet
- Vous ne les posez à personne

9. Lorsque vous étiez enfant, quelle importance vos parents accordaient-ils à un mode de vie sain?

- Aucune importance
- Peu d'importance
- Assez d'importance
- Beaucoup d'importance
- Je ne sais pas

10. Êtes-vous capable de...
[Veuillez cocher une réponse par ligne]

	Tout à fait capable	Plutôt capable	Peu capable	Pas du tout capable	Je ne sais pas
Porter un poids de 8 kilos (18 livres) sur 3 étages (par exemple, 6 sacs d'épicerie remplis)	<input type="radio"/>				
Redresser le haut du corps sans l'aide des bras en étant couché au sol (redressement assis ou <i>sit-up</i>)	<input type="radio"/>				
Porter 2 valises lourdes sur 3 étages	<input type="radio"/>				
Marcher 20 minutes (environ 2 kilomètres ou 1 mille) à un rythme soutenu sans pause	<input type="radio"/>				
Courir 6 minutes (environ 1 kilomètre ou ½ mille), sans pause	<input type="radio"/>				
Courir 30 minutes (environ 5 kilomètres ou 3 milles) sans pause	<input type="radio"/>				

	Tout à fait capable	Plutôt capable	Peu capable	Pas du tout capable	Je ne sais pas
Toucher le sol avec les mains en étant assis(e) sur une chaise	<input type="radio"/>				
Toucher le sol avec les mains en étant debout (sans plier les genoux)	<input type="radio"/>				
Toucher vos genoux avec votre tête en étant debout	<input type="radio"/>				
Rester en équilibre sur une jambe (au moins 15 secondes) sans prendre appui	<input type="radio"/>				
Faire une roulade (culbute) au sol	<input type="radio"/>				
Sauter par-dessus une clôture de 1 mètre de haut (3 pieds), en prenant appui dessus	<input type="radio"/>				

11. Souffrez-vous de l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants : bronchite chronique, toux persistante ou asthme?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

VOTRE CONSOMMATION DE CIGARETTES

12. Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4 paquets)?

- Oui → allez à la question 14
 Non

13. Avez-vous déjà fumé une cigarette entière?

- Oui
 Non → allez à la question 29

14. À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette entière?

_____ ans

15. Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?

- Tous les jours
 À l'occasion → allez à la question 20
 Jamais → allez à la question 26

Si vous fumez tous les jours

16. À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours?

_____ ans

17. Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?

_____ cigarette(s) par jour

18. De quelle manière vous procurez-vous des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, cigarillos)? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- Au dépanneur ou à la tabagie
- À l'épicerie
- auprès d'ami(e)s, de collègues ou de connaissances
- auprès de membres de votre famille
- Dans une réserve amérindienne
- Autre, précisez : _____

19. Sous quelle forme vous procurez-vous des cigarettes? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- À l'unité → **allez à la question 29**
- En paquet → **allez à la question 29**
- En carton (« cartoune ») → **allez à la question 29**
- Dans un sac de plastique (de type « Ziploc® ») → **allez à la question 29**
- Vous achetez du tabac à rouler → **allez à la question 29**
- Autre, précisez : _____ → **allez à la question 29**

Si vous fumez à l'occasion

20. Les jours où vous fumez, combien de cigarettes fumez-vous habituellement?

_____ cigarette(s) par jour

21. Au cours du dernier mois, combien de jours avez-vous fumé une cigarette ou plus?

_____ jour(s)

22. De quelle manière vous procurez-vous des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, cigarillos)? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- Au dépanneur ou à la tabagie
- À l'épicerie
- auprès d'ami(e)s, de collègues ou de connaissances
- auprès de membres de votre famille
- Dans une réserve amérindienne
- Autre, précisez : _____

23. Sous quelle forme vous procurez-vous des cigarettes? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- À l'unité
- En paquet
- En carton (« cartoune »)
- Dans un sac de plastique (de type « Ziploc® »)
- Vous achetez du tabac à rouler
- Autre, précisez : _____

24. Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?

- Oui
- Non → allez à la question 29

25. À quel moment avez-vous cessé de fumer tous les jours?

- Il y a moins de 1 an → allez à la question 29
- Il y a 1 an à moins de 2 ans → allez à la question 29
- Il y a 2 ans à moins de 3 ans → allez à la question 29
- Il y a 3 ans ou plus → allez à la question 29

Si vous ne fumez jamais

26. Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?

- Oui
- Non → allez à la question 28

27. À quel moment avez-vous cessé de fumer tous les jours?

- Il y a moins de 1 an → allez à la question 29
- Il y a 1 an à moins de 2 ans → allez à la question 29
- Il y a 2 ans à moins de 3 ans → allez à la question 29
- Il y a 3 ans ou plus → allez à la question 29

28. À quand remonte la dernière fois que vous avez fumé la cigarette?

- Il y a moins de 1 an
- Il y a un 1 an à moins de 2 ans
- Il y a 2 ans à moins de 3 ans
- Il y a 3 ans ou plus

29. Combien de vos ami(e)s fument?

- Aucun
- Un ou quelques uns
- Environ la moitié
- La plupart
- Tous
- Je ne sais pas

30. Combien de membres de votre famille proche fument?

- Aucun
- Un ou quelques uns
- Environ la moitié
- La plupart
- Tous
- Je ne sais pas

VOTRE VIE ET VOTRE RÉSEAU SOCIAL

31. Quel est votre état civil?

- Célibataire
- Marié(e)
- Conjoint(e) de fait ou en couple
- Séparé(e) ou divorcé(e)
- Veuf/Veuve

32. De manière générale, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de vos relations avec vos ami(e)s?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

33. Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille, une autre personne digne de confiance) quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes?

- Oui
- Non → allez à la question 35
- Je ne sais pas → allez à la question 35

34. Combien de personne(s)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou plus

35. Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille) quelqu'un qui peut vous aider en cas de problème?

- Oui
- Non → allez à la question 37
- Je ne sais pas → allez à la question 37

36. Combien de personne(s)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou plus

37. Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille) quelqu'un de qui vous vous sentez proche et qui vous démontre de l'affection?

- Oui
- Non → allez à la question 39
- Je ne sais pas → allez à la question 39

38. Combien de personne(s)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou plus

VOS ORIGINES CULTURELLES ET VOS CROYANCES RELIGIEUSES

39. Êtes-vous né(e) au Canada?

- Oui → allez à la question 42
- Non

40. Dans quel pays êtes-vous né(e)?

Nom du pays : _____

41. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez immigré au Canada?

_____ an(s)

42. Dans quel(s) pays vos parents sont-ils nés?

Mère : _____

Père : _____

43. Quelle(s) langue(s) parlez-vous le plus souvent à la maison? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

- Français
- Anglais
- Autre, précisez : _____

44. Vous identifiez-vous à une religion?

- Oui
- Non → allez à la question 47

45. Dans quelle mesure votre religion est-elle importante pour vous?

- Pas du tout importante
- Peu importante
- Assez importante
- Très importante

46. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous assisté ou participé à des activités, à des services ou à des réunions à caractère religieux, à l'exception de mariages et de funérailles?

- Au moins 1 fois par semaine
- Au moins 1 fois par mois
- Au moins 3 fois par année
- Environ 1 ou 2 fois par année
- Jamais

VOTRE TRAVAIL ET VOS ÉTUDES

47. En cas de besoin, un membre de votre famille pourrait-il vous mettre en contact avec des personnes pouvant vous aider à améliorer votre situation d'emploi?

- Très probablement
- Probablement
- Peu probablement
- Très peu probablement
- Ne s'applique pas (aucun contact, décès, etc.)
- Je ne sais pas

48. Veuillez estimer le nombre de livres qui se trouvaient dans votre logement lorsque vous étiez enfant. Y avait-il...

- Moins de 10 livres
- De 10 à 49 livres
- De 50 à 199 livres
- De 200 à 399 livres
- 400 livres ou plus
- Je ne sais pas

49. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle
- École primaire
- Secondaire 4 ou moins
- Secondaire 5
- Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au CÉGEP, d'une école de métiers, d'un collège commercial ou privé, d'un institut technique ou d'une école de sciences infirmières
- Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au CÉGEP
- Certificat universitaire de premier cycle
- Baccalauréat
- Diplôme en médecine, en médecine dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie
- Certificat universitaire de deuxième cycle
- Maîtrise
- Doctorat

VOTRE LOGEMENT

50. En vous incluant, combien de personnes vivent ou demeurent actuellement à votre adresse?

- 1 → allez à la question 52
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 ou plus

51. Avec qui habitez-vous présentement ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

J'habite...

- Avec mes deux parents
- Avec l'un de mes parents
- Avec mes frères ou sœurs
- Avec mes grands-parents ou d'autres membres de ma famille
- Avec mon/ma conjoint(e)
- Avec mes enfants ou les enfants de mon/ma conjoint(e)
- Avec des colocataires, des ami(e)s ou des connaissances
- Autre

52. À qui appartient le logement où vous habitez?

Je suis moi-même/un membre de ma famille est ...

- Propriétaire du logement
- Locataire du logement

53. Combien y a-t-il de pièces dans le logement où vous habitez?

Veillez inclure toutes les pièces sauf la salle de bain et le(s) couloir(s).

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9 ou plus

VOS DÉPENSES

54. À travers les questions suivantes, nous aimerions savoir s'il vous est arrivé, au cours des 12 derniers mois, de manquer d'argent pour payer différentes choses nécessaires à la vie quotidienne. Si cela vous est arrivé, nous aimerions savoir jusqu'à quel point cette situation a été grave.

[Pour chaque ligne, veuillez cocher une réponse dans la première section; si vous répondez « oui », veuillez aussi cocher une réponse dans la deuxième section]

	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à vous-même, ou à la personne responsable d'assumer cette dépense, de manquer d'argent pour...			Si oui, jusqu'à quel point ce manque d'argent a-t-il été grave ?				
	Oui	Non	Je ne sais pas	Pas du tout grave	Un peu grave	Assez grave	Très grave	Je ne sais pas
... payer le loyer ou l'hypothèque?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... payer l'électricité, l'eau chaude ou le chauffage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... acheter de la nourriture?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. Pour une dépense urgente, pourriez-vous emprunter rapidement un montant de 500 \$ aux personnes suivantes?

[Veuillez cocher une réponse par ligne]

	Oui	Non	Ne s'applique pas (aucun contact, décès, etc.)	Je ne sais pas
Votre mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre conjoint(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un frère ou une sœur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un grand-parent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un(e) ami(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un(e) collègue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LES ENDROITS OÙ VOUS PASSEZ DU TEMPS

Votre quartier et les lieux que vous fréquentez peuvent influencer votre santé. Les questions suivantes portent sur les endroits où vous passez régulièrement du temps. Pour chacune des catégories, veuillez indiquer le plus précisément possible le lieu où vous pratiquez l'activité en question, en indiquant l'adresse exacte si vous la connaissez, ou bien l'intersection et/ou le point de repère le plus près de ce lieu, le quartier et la ville. Pour certains types d'activités, vous pouvez indiquer jusqu'à deux lieux, en commençant par celui où vous allez le plus souvent.

Études

56. Êtes-vous présentement aux études (que ce soit à temps plein, à temps partiel ou en stage)?

Oui

Non → allez à la question 60

57. Quel est le nom de l'établissement que vous fréquentez pour faire vos études, en incluant le campus et le pavillon si cela s'applique?

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

NOM DU CAMPUS :

NOM DU PAVILLON :

58. Quelle est l'adresse de ce lieu d'études? Si vous étudiez à la maison ou à distance, veuillez l'indiquer ici.

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

59. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit dans le cadre de vos études?

_____ heure(s) par semaine

Travail

60. Occupez-vous présentement un emploi rémunéré?

Ceci inclut les emplois à temps partiel et à temps plein, que vous soyez salarié(e), travailleur(euse) autonome, à la pique, à contrat, en stage, en vacances, en congé parental, en congé de maladie ou d'accident de travail, ou en situation de grève ou de lock-out.

Oui

Non → allez à la question 71

61. Si vous occupez un emploi rémunéré, travaillez-vous... Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent à vous.

À temps plein

À temps partiel

À contrat ou à la pique

62. Où travaillez-vous? Vous pouvez nommer jusqu'à deux emplois ou lieux de travail, si nécessaire.

Emploi ou lieu de travail 1

NOM DE LA COMPAGNIE, DE L'EMPLOYEUR :

63. Habituellement, travaillez-vous surtout :

de la maison → allez à la question 65

sur la route → allez à la question 66

ni de la maison, ni sur la route

64. Quelle est l'adresse de ce lieu de travail ?

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

CODE POSTAL :

QUARTIER :

VILLE:

65. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit, dans le cadre de votre travail?

_____ heure(s) par semaine

66. Travaillez-vous ailleurs, que ce soit dans le cadre du même emploi ou d'un autre emploi ?

- Oui, j'ai un autre emploi
- Oui, je travaille ailleurs dans le cadre du même emploi → **allez à la question 68**
- Non, je travaille toujours au même endroit → **allez à la question 71**

Emploi ou lieu de travail 2

67. Où travaillez-vous?

NOM DE LA COMPAGNIE, DE L'EMPLOYEUR :

68. Habituellement, travaillez-vous surtout :

- de la maison → **allez à la question 70**
- sur la route → **allez à la question 71**
- ni de la maison, ni sur la route

69. Quelle est l'adresse de ce deuxième lieu de travail ?

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

CODE POSTAL :

QUARTIER :

VILLE:

70. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit, dans le cadre de votre travail ?

_____ heure(s) par semaine

Achats alimentaires

71. À votre domicile, qui fait les achats alimentaires?

- Uniquement vous
- En partie vous
- Quelqu'un d'autre que vous → allez à la question 77

72. Lorsque c'est vous qui faites les achats alimentaires, où allez-vous ? Vous pouvez nommer jusqu'à deux endroits (si nécessaire) en commençant par celui où vous allez le plus souvent.

Lieu principal :

NOM DU LIEU (ex. : à l'épicerie Une Telle, au dépanneur Un Tel, au marché public Un Tel) :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

73. Au cours du dernier mois, combien de fois êtes-vous allé(e) à cet endroit pour faire les achats alimentaires ?

_____ fois au cours du dernier mois

74. Y a-t-il un autre endroit où vous faites vos achats alimentaires régulièrement?

Oui

Non → allez à la question 77

Deuxième lieu :

75. Quel sont le nom et l'adresse de ce deuxième lieu où vous faites vos achats alimentaires régulièrement?

NOM DU LIEU (ex. : à l'épicerie Une Telle, au dépanneur Un Tel, au marché public Un Tel) :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

76. Au cours du dernier mois, combien de fois êtes-vous allé(e) à cet endroit pour faire les achats alimentaires?

_____ fois au cours du dernier mois

Activités physiques et sports

77. Faites-vous régulièrement des activités physiques ou des sports?

- Oui
 Non → allez à la question 81

78. Habituellement, y a-t-il un endroit en particulier où vous faites des activités physiques ou des sports?

- Oui, je fais habituellement ce type d'activités chez moi → allez à la question 80
 Oui, je fais habituellement ce type d'activités ailleurs que chez moi, à un même endroit de façon régulière
 Non, je ne fais pas ce type d'activités à un même endroit de façon régulière → allez à la question 81

79. Habituellement, où faites-vous des activités physiques ou des sports ?

NOM DU LIEU :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

80. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit pour faire des activités physiques ou des sports?

_____ heure(s) par semaine

Activités de loisirs

81. Faites-vous régulièrement des activités de loisirs ?

- Oui
 Non → allez à la question 85

82. Habituellement, y a-t-il un endroit en particulier où vous faites des activités de loisirs?

- Oui, je fais habituellement ce type d'activités chez moi → **allez à la question 84**
- Oui, je fais habituellement ce type d'activités ailleurs que chez moi, à un même endroit de façon régulière
- Non, je ne fais pas ce type d'activités à un même endroit de façon régulière → **allez à la question 85**

83. Habituellement, où faites-vous des activités de loisirs?

NOM DU LIEU :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

84. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit pour faire des activités de loisirs?

_____ heure(s) par semaine

Autres endroits où vous passez du temps

85. À part les lieux que vous avez déjà mentionnés, y a-t-il d'autres endroits où vous passez régulièrement du temps?

Ces endroits peuvent être des lieux publics ou des domiciles privés (chez vous ou ailleurs). Il peut s'agir d'endroits où vous passez du temps avec des ami(e)s, un(e) conjoint(e) ou des membres de votre famille, où vous pratiquez des sports ou des loisirs, où vous faites un stage d'études ou professionnel, du bénévolat, des activités sociales ou religieuses.

- Oui
- Non → **allez à la question 93**

86. Quels sont le nom et l'adresse de ce lieu où vous passez régulièrement du temps? Vous pourrez nommer jusqu'à deux lieux (si nécessaire), en commençant pas celui où vous passez le plus de temps.

NOM DU LIEU :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

87. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit?

_____ heure(s) par semaine

88. Habituellement, quel type d'activités faites-vous à cet endroit ?

89. Y a-t-il un autre endroit où vous passez régulièrement du temps?

Oui

Non → allez à la question 93

90. Quel est le nom et l'adresse de ce lieu où vous passez régulièrement du temps?

NOM DU LIEU :

NUMÉRO ET/OU NOM DE LA RUE :

INTERSECTION :

_____ ET _____

POINT DE REPÈRE LE PLUS PRÈS :

QUARTIER :

VILLE:

91. Dans une semaine type de 7 jours, combien d'heures passez-vous à cet endroit?

_____ heure(s) par semaine

92. Habituellement, quel type d'activités faites-vous à cet endroit?

Les trois questions suivantes portent sur votre accès à différents modes de transport.

93. Détenez-vous un permis de conduire?

Oui

Non

94. Possédez-vous une voiture ou avez-vous une voiture à votre disposition (ex. : voiture d'un ami ou d'un parent, abonnement à un système d'autopartage tel que *Communauto*, etc.) ?

Oui

Non

95. Possédez-vous une passe mensuelle de transport public (d'autobus, de métro et/ou de train)?

Oui

Non

QUELQUES QUESTIONS AVANT DE TERMINER

Bien que les dépenses liées à la santé soient couvertes en partie par le programme d'assurance-maladie du Québec, il continue d'exister un lien entre l'état de santé et le revenu. Nous apprécierions que vous répondiez aux trois questions suivantes afin que nous puissions étudier ce lien. Soyez assuré(e) que toute l'information recueillie dans le cadre de cette étude sera traitée de façon strictement confidentielle.

96. Approximativement, quel était votre revenu personnel total l'ANNÉE DERNIÈRE, avant déductions d'impôts? Veuillez inclure toute aide financière que vous auriez pu recevoir (ex. : une bourse d'études, des prestations d'assurance-emploi (chômage), CSST ou autre assurance, etc.)

Aucun revenu personnel

1 \$ à 4 999 \$

5 000 \$ à 9 999 \$

10 000 \$ à 14 999 \$

15 000 \$ à 19 999 \$

20 000 \$ à 29 999 \$

30 000 \$ à 39 999 \$

40 000 \$ à 49 999 \$

50 000 \$ à 99 999 \$

100 000 \$ et plus

Je ne sais pas

97. Avez-vous des placements d'argent (ex. : obligations d'épargnes, REER, CÉLI, certificats de dépôt, actions, etc.)?

- Oui
 Non

98. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été bénéficiaire de l'aide sociale, c'est-à-dire de l'aide financière de dernier recours (aussi appelée le bien-être social)?

- Oui
 Non

FIN DU QUESTIONNAIRE

VOTRE CHOIX DE CERTIFICAT-CADEAU

Pour vous remercier d'avoir rempli ce questionnaire, l'équipe ISIS vous offre une carte cadeau d'une valeur de 10 \$ échangeable chez l'un des détaillants suivants. Veuillez choisir le détaillant pour lequel vous aimeriez recevoir une carte cadeau (un seul choix par participant).

- iTunes
 Renaud-Bray
 Cineplex Odeon

POUR VOUS CONTACTER

Il se peut que nous vous contactions à nouveau au cours des deux prochaines années pour savoir si votre adresse a changé avant de vous envoyer le nouveau questionnaire. De temps en temps, il est aussi possible que nous vous envoyions un courriel pour vous communiquer les résultats de l'étude. Nous ne vous contacterons pas plus que trois fois par année et vous aurez la possibilité, à tout moment, de mettre fin à ces contacts. Nous apprécierions donc grandement si vous nous donniez votre adresse de courriel et votre numéro de téléphone, en plus des coordonnées d'une personne proche de vous, dans le but que nous réussissions à vous contacter lors de la prochaine phase de l'étude. Nous utiliserons les coordonnées de cette personne dans le but unique de vous contacter.

Votre adresse de courriel : _____

Votre numéro de téléphone : _____

Le nom d'une personne proche que nous pouvons contacter si nous ne réussissons pas à vous joindre : _____

Votre lien avec cette personne : _____

L'adresse de courriel de cette personne : _____

Le numéro de téléphone de cette personne : _____

J'informerai cette personne de l'étude et des raisons pour lesquelles j'ai fourni ses coordonnées

COMMENTAIRES

Si vous avez des commentaires ou des suggestions à propos de ce questionnaire, veuillez les indiquer ci-dessous :
