

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

When the Past Does not Determine the Future: Older Women, Poverty and Physical Activity

Alex Dumas

Volume 17, numéro 1, 2004

Femmes et sports

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/009297ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/009297ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (imprimé)

1705-9240 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dumas, A. (2004). Quand le passé n'est pas garant de l'avenir : aînées, pauvreté et activités physiques. *Recherches féministes*, 17(1), 77–109.
<https://doi.org/10.7202/009297ar>

Résumé de l'article

Cette étude traite de la pratique d'activités physiques chez les aînées de milieux moins bien nantis de Montréal. En s'inspirant du concept de « rupture biographique » de Bury (1982, 1991), elle consiste à voir dans quelle mesure la prise de conscience de la finitude du corps, en tant qu'élément-rupture, a une incidence sur l'adoption de pratiques d'activités physiques. L'analyse révèle que la période de la vieillesse engendre une rupture biographique qui se manifeste, notamment, par un souci accru pour les pratiques de santé préventive. Ces résultats combattent certains stéréotypes qui nuisent aux efforts de promotion de la santé menés auprès des aînées.

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

ALEX DUMAS²

Si l'espérance de vie des Québécoises s'est accrue au fil des dernières années, le nombre d'années qu'elles auront à vivre avec une qualité de vie réduite a augmenté lui aussi (Kino-Québec 2002)³. En tenant compte du vieillissement de la population féminine, on peut déjà prédire une augmentation substantielle du nombre d'aînées ayant des incapacités physiques dans les années à venir (Kino-Québec 2002). Il s'avère donc crucial, dans une perspective de santé publique, d'approfondir nos connaissances sur les moyens qui permettraient de prolonger la qualité de vie des aînés et des aînées, particulièrement de ces dernières, et parmi elles, des plus vulnérables de la population. Parmi ces moyens, la présente étude se penche sur la pratique d'activités physiques (AP) comme *une des stratégies* favorisant la bonne santé des Québécoises âgées de 65 à 75 ans.

-
1. La présente étude a reçu le soutien financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.
 2. Je remercie vivement Suzanne Laberge pour ses commentaires et suggestions durant la rédaction de cet article.
 3. Selon l'avis scientifique de Kino-Québec (2002), l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie active des Québécoises s'est accru de deux ans de 1987 à 1998, et il est maintenant de treize ans (l'espérance de vie est passée de 79,8 ans à 81,3 ans et l'espérance de vie active, de 68,5 ans à 68,1 ans pendant la période 1987-1998). L'espérance de vie active est un concept dans le domaine de la santé publique qui renvoie au nombre d'années pendant lesquelles les individus auront une bonne qualité de vie (Kino-Québec 2003 : 1).

Les rapports en matière de santé publique ont souligné fréquemment les bienfaits d'une pratique régulière d'activités physiques sur la santé des aînés et des aînées (USDHHS 1996 ; Kino-Québec 2002). En effet, cette pratique est déterminante pour retarder l'apparition de plusieurs maladies chroniques et en réduire les incidences et la gravité (Van der Bij, Laurant et Wensing 2002 : 120). De nombreux bénéfices pour la santé, telles la réduction des risques de maladies cardiovasculaires, d'ostéoporose, de dépressions, la prévention de chutes ainsi que l'amélioration générale des capacités fonctionnelles des individus, ont été largement documentés (USDHHS 1996 ; RWJF 2001 ; Kino-Québec 2002). Nous pouvons donc établir clairement que l'activité physique constitue une pratique préventive et que, en corollaire, la sédentarité représente un facteur de risque de plusieurs maladies (Van der Bij, Laurant et Wensing 2002).

Par ailleurs, les enquêtes révèlent que la pratique d'AP augmente en fonction de la scolarité et du revenu tout en diminuant avec l'âge (Cameron et autres 2003 ; Nolin et autres 2002). Par exemple, *l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998* (Nolin et autres 2002) rapporte des écarts considérables dans les taux de pratique d'activités physiques, adaptées selon le niveau de scolarité relative, et ce, pour l'ensemble des groupes d'âge. Ces écarts sont notables dans la catégorie des individus « très peu ou pas actifs » où se trouvent 37 % des personnes ayant une scolarité « plus faible » comparativement à 18 % chez celles qui ont une scolarité « plus élevée »⁴. Dans la même enquête, lorsqu'on tient compte de l'âge, 31 % des Québécoises de 65 ans et plus figurent parmi les individus « très peu ou pas actifs ». Ainsi, les aînées des milieux les moins bien nantis constitueraient un des segments les plus sédentaires de la population.

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

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

toujours eu les résultats escomptés (Van der Bij, Laurant et Wensing 2002)⁵. Bien que le taux de pratique d'AP demeure faible, de récentes études soutiennent que, contrairement à ce que pourrait laisser supposer le sens commun, la période de la vieillesse constitue un contexte favorable à l'adoption de pratiques de santé (Backett et Davison 1995 ; Lawton 2002). Notre étude a donc pour objet de comprendre dans quelle mesure la vieillesse constitue une période propice à l'adoption d'une pratique régulière d'AP, en particulier chez les aînées de milieux moins bien nantis. Elle s'inscrit dans la foulée d'écrits qui cherchent à approfondir les connaissances sur les facteurs favorisant la pratique d'activités physiques chez les aînées de manière à maintenir leur capacité fonctionnelle et à éviter les pertes relatives à leur autonomie (RWJF 2001).

Après une courte recension des écrits sur la pratique d'AP des aînées, nous exposerons le cadre théorique ainsi que les aspects méthodologiques de notre étude. Suivront les résultats et leur interprétation. En conclusion, nous décrirons les principaux résultats tout en soulignant leur contribution au champ de la promotion de l'activité physique.

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

Les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sous-jacents à la pratique d'activités physiques chez les aînés et les aînées ont été largement documentés (notamment par Dishman et Sallis (1994) ainsi que par Chogahara, O'Brien Cousins et Wankel (1998)). Selon ces études, l'état de santé figurerait parmi les contraintes les plus limitatives de la pratique d'AP (Stanley et Freysinger 1995 ; Booth et autres 1997 ; Curtis, White et McPherson 2000 ; Cohen-Mansfield, Marx et Guralnik 2003). C'est principalement en raison des incapacités physiques et de la douleur engendrée par les malaises physiques (Cohen-Mansfield, Marx et Guralnik 2003) que l'état de santé agirait négativement sur l'adoption d'un mode de vie actif.

5. La revue de Van der Bij, Laurant et Wensing (2002) recense 38 études regroupant 57 programmes de promotion de l'activité physique chez les populations âgées nord-américaines.

Toutefois, selon d'autres études, les pertes sur le plan de la santé inciteraient également les aînées à adopter des activités physiques, et ce, en vue de limiter l'aggravation de ces pertes. Puisque les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont en constante interaction, des chercheurs et des chercheuses en sciences sociales ont signalé l'importance que prend l'activité physique à mesure que l'individu accumule les risques d'incapacité physique pendant les phases tardives de son parcours de vie. Au moins trois études en sciences sociales (O'Brien Cousins et Keating 1995 ; Chogahara et Yamaguchi 1998 ; O'Brien Cousins 2001) ont traité précisément de l'influence positive du vieillissement sur la pratique d'AP.

L'étude d'O'Brien Cousins et Keating (1995) explore la variation de la pratique d'activités physiques chez des Canadiennes de plus de 70 ans. Leur objectif est de comprendre pourquoi certaines d'entre elles sont sédentaires, alors que d'autres sont beaucoup plus actives physiquement. Leurs résultats indiquent que la variation dans la pratique d'AP réside dans les différentes réactions des individus relativement à leur état de santé. Ces auteures soutiennent que les aînées sédentaires seraient plus « résignées » à l'égard des pertes induites par le vieillissement, tandis que celles qui étaient plus actives antérieurement semblent davantage proactives pour les contrer. Pour ces dernières, la prise de conscience de la précarité de leur santé aurait accentué le désir de demeurer actives.

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

conclusion, l'auteure estime que les pertes et les menaces sur le plan de la santé seraient interprétées différemment par les deux groupes d'aînées.

Dans leur étude, Chogahara et Yamaguchi (1998) examinent des facteurs discriminants de la pratique d'AP entre un groupe de Japonais et de Japonaises de plus de 60 ans ayant toujours été actifs et un autre groupe dont les membres sont devenus actifs après la retraite professionnelle. Ces auteurs emploient le concept de « resocialisation » pour expliquer l'inclusion tardive de la pratique d'activités physiques dans leur quotidien. Les résultats laissent voir que le groupe de personnes qui se sont mises tardivement à cette pratique a développé de fortes attentes à l'égard de ses bienfaits au fil des ans, adoptant ainsi une conception analogue à celle du groupe de personnes ayant toujours été actives. Les changements comportementaux et cognitifs observés confirmeraient la thèse selon laquelle il est possible de modifier ses croyances, connaissances et valeurs tard dans la vie lorsqu'il est question d'AP.

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

Le cadre théorique : le concept de rupture biographique

Notre étude s'inspire du concept sociologique de « rupture biographique » de Michael Bury (1982 et 1991), sociologue de la santé, ainsi que des récents développements théoriques qui lui ont été

apportés (Carricaburu et Pierret 1995 ; Pound, Gompertz et Ebrahim 1998 ; Williams 2000 ; Saunders, Donovan et Dieppe 2002 ; Lawton 2003). Ce cadre théorique a la particularité de jumeler des phénomènes biologiques et sociaux, soit d'étudier empiriquement la façon dont les membres d'un groupe social réagissent devant la maladie. Une telle approche offre le potentiel d'exposer dans quelle mesure les pertes sur le plan de la santé suscitent la pratique d'activités physiques auprès de personnes peu disposées à cet égard et auprès de personnes âgées de plus en plus incommodées par les maladies et les incapacités physiques.

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

les pertes en matière de santé engendrent une rupture biographique, elles ont à peine exploré les actions entreprises par les personnes touchées devant de telles conditions. Ainsi, nous avons très peu d'information sur la manière dont la rupture biographique est ressentie chez des aînées vivant dans des milieux moins bien nantis.

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

La méthode ●

Notre étude s'inscrit dans une recherche qualitative plus vaste portant sur l'activité physique, la santé et le « bien-vieillir » (Laberge et autres 2000). Au total, 122 entrevues ont été menées auprès d'ainées de divers groupes socioculturels. Les participantes à la présente étude viennent d'un sous-échantillon de 39 aînées francophones issues de milieux moins bien nantis de Montréal et de Laval. Elles ont été recrutées avec la collaboration de partenaires locaux dans les divers milieux géographiques ciblés⁶. Celles qui ont été sélectionnées devaient satisfaire aux critères suivants : être francophone ; être âgée de 65 à 75 ans ; être considérée comme « autonome » selon les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (une personne dont les besoins sont

6. Ce sont : la Direction de la santé publique de Laval, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Kino-Québec et la Fédération de l'âge d'or du Québec.

inférieurs à une heure de soins par jour et qui n’a pas besoin d’aide pour les activités quotidiennes telles que manger, se lever, s’habiller, se laver) et être issue d’un milieu moins bien nanti (une personne qui reçoit le supplément de revenu garanti du gouvernement). Des indicateurs tels que la scolarité et le recours au supplément de revenu garanti nous ont permis de sélectionner les participantes se trouvant dans des conditions de vie précaires. Nous avons privilégié l’utilisation d’un échantillon hétérogène en matière de pratique d’activités physiques. Le tableau 1 trace un portrait des participantes.

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

La collecte des données a été effectuée au moyen d’entrevues semi-dirigés d’une durée variant de 90 à 120 minutes. Le guide d’entrevue abordait plusieurs thèmes, dont la trajectoire de vie en matière d’activité physique, les significations données à ce concept ainsi que les conceptions de la santé. Les entrevues ont été transcrites et intégrées dans le logiciel de traitement de données qualitatives N-Vivo⁷. Nous avons procédé à une analyse de contenu par thème. Dans un premier temps, les diverses données fournies par les aînées ont été regroupées en catégories construites à partir de leurs affinités sémantiques. Cette démarche a été suivie d’une analyse des

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

conditions de vie et des biographies personnelles de chacune des interviewées (analyse verticale). Enfin, les données ont été étudiées dans une perspective comparative entre les aînées qui présentent différents niveaux de pratique d'activités physiques (analyse transversale). Les résultats de notre analyse s'appuient sur des extraits d'entrevues désignés par le pseudonyme et l'âge de la participante.

Les résultats et leur interprétation ●

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

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

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

TABLEAU 2	FACTEURS SUSCITANT UNE PRISE DE CONSCIENCE DE LA FINITUDE DU CORPS TELS QUE LES ONT RAPPORTÉS LES PARTICIPANTES
1.	Pertes en matière de santé : cancer ; hypertension ; diabète ; rhumatisme (arthrite, ostéo-arthrite) ; ostéoporose ; accident vasculaire cérébral ; maladies respiratoires (asthme, emphysème) ; pertes de mémoire ; etc.
2.	Incertitudes quant à l'avenir : peur de perdre son autonomie ; d'aggraver son état de santé ; de vivre aux dépens des autres ; de souffrir ; d'être surmédicalisée ; de contracter une maladie ; de tomber ; etc.
3.	Environnement social <i>a) Proximité des services de santé :</i> rencontres plus fréquentes avec les médecins ; cibles d'interventions en promotion de la santé ; consommation plus régulière de médicaments, etc. <i>b) Présence accrue de mortalité, de maladies et d'incapacités dans leur environnement social :</i> décès ou soins prodigués à un être cher (mari, ami ou amie, enfant) ; décès de personnages publics de leur génération, etc.

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

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

petit bobo, je prends rien que cette pilule-là ». Dans six mois, tu as une autre pilule, puis deux, trois petits bobos de plus. C'est très sournois, la vieillesse. (Blanche, 69 ans)

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

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

En ce qui a trait à la deuxième série de facteurs, ce ne sont pas uniquement les effets indésirables des malaises et des incapacités qui importent, mais aussi leurs conséquences potentielles sur l'avenir. Lorsque les participantes expriment leurs incertitudes quant à l'avenir, elles soulignent notamment leur crainte d'une perte d'autonomie et de souffrances induites par la dégénérescence physique et mentale : « Moi, ma peur, c'est la maladie. Je ne voudrais pas être aux dépens des autres... être bien malade puis souffrir »

(Diane, 70 ans). La perte d'autonomie constitue la crainte la plus répandue dans les entrevues. Les passages suivants illustrent les éléments figurant parmi les appréhensions les plus importantes à cet égard :

- la dépendance à l'égard des autres : « Quand même qu'on aurait des petits bobos, ça c'est sûr, tant que tu es capable de te suffire à toi-même. Moi, ma peur, c'est de me faire laver par les autres. Ça, j'ai peur de ça » (Berthe, 71 ans) ; « Ce n'est pas drôle, être accroché tout le temps aux autres [...] Ce n'est pas correct, ce n'est pas une vie, tu n'as pas d'intimité, tu n'as rien » (Andrée, 73 ans) ;
- la perte de mobilité : « Être paralysée, ou prise dans une chaise roulante [...] Nous, on va chanter dans des foyers pour personnes âgées, et je vous dis qu'on sort de là avec « le motton ». Moi, je savais qu'il y avait des gens en chaise roulante, mais quand vous voyez ça ! Ils étaient 75 en chaise roulante » (Marie-Louise, 71 ans) ;
- la dépendance aux médicaments : « Ma sœur a 82, puis elle est tout le temps malade, elle a un « char » de pilules sur la table, puis elle en prend trois fois par jour. Je la vois prendre ça, puis je me dis : " Non ! Je ne veux pas me rendre là " » (Anne-Denise, 73 ans) ;
- l'incapacité d'accomplir ses activités de loisir : « J'ai toujours peur de ne pas être capable de danser, c'est de ça que j'ai peur, j'y pense beaucoup, beaucoup, beaucoup. Je me dis que l'année prochaine j'aurai 70 ans... » (Carole, 69 ans).

La troisième série de facteurs suscitant une prise de conscience de la finitude du corps renvoie à l'influence de l'environnement social sur la perception qu'ont les participantes d'être dans une période à risque concernant les pertes en matière de santé. D'une part, la quasi-obligation de recourir aux services de soins de santé, les rencontres plus fréquentes avec les professionnelles et les professionnels de la santé, les tests de dépistage, la consommation de médicaments ainsi que les programmes de promotion de la santé destinés aux groupes aînés renvoient à des indicateurs concrets des risques accrus de

problèmes de santé induits par le vieillissement. D'autre part, l'influence de l'environnement social se fait également sentir à travers la réaction des participantes qui ont été témoins de la souffrance ou de la mort d'êtres chers. Notons que 20 des 23 participantes qui n'étaient pas divorcées avaient déjà perdu leur conjoint⁸. Ces expériences bouleversantes témoignent de la fragilité du corps vieillissant. Dans l'extrait suivant, une répondante partage sa réaction devant la souffrance d'un ami qu'elle côtoie dans une banque alimentaire :

J'ai vu un ami, il était en pleine santé. Je lui ai dit : « Pierre, pourquoi tu manges autant de gras puis de sucré ? » Il m'a dit : « J'ai juste une vie à vivre, puis je la vis ! » Aujourd'hui, il a perdu une partie de sa vue, puis il a une jambe en moins [...] J'ai pensé à Pierre, puis je me suis dit : « Ah ! Mon Dieu, j'aime mieux la vie sur mes deux jambes » [...] Je me suis souvenue de Pierre. Moi, il ne faut pas que je pense comme lui. (Ève, 67 ans)

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

La rupture biographique : la prise de conscience de la finitude du corps comme élément déclencheur de pratiques de santé

L'examen du corpus d'entrevues révèle que la prise de conscience de la finitude du corps crée un souci évident pour la santé et pour la

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

pratique d'activités physiques. C'est en ce sens qu'elle engendre une rupture biographique sur le plan des pratiques relatives à la santé. Ce sont les trois séries de facteurs mentionnées plus haut, qui, envisagés ensemble, font de la vieillesse une période particulière lorsqu'il est question de la préoccupation quant à sa santé.

Le souci pour la santé

Nos résultats suggèrent que l'élément-rupture marque le début d'une période où les participantes deviennent plus soucieuses de leur santé et paraissent plus réceptives au discours préventif tenu par la santé publique. Signalons d'abord que les participantes ont généralement un passé peu favorable aux dispositions à la pratique préventive concernant la santé. Leurs conditions de vie précaires durant les périodes antérieures de leur vie en seraient la cause principale. Plus tard, après le départ des enfants de la maison, leurs conditions de vie apparaissent plus favorables à l'adoption de pratiques relatives à la santé (Dumas 2004)⁹.

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

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

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

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

L'incertitude quant à l'avenir a amené une inclinaison à anticiper les malaises et à adopter des mesures en vue d'en atténuer les conséquences. Les citations suivantes rendent compte des dispositions à demeurer en santé, sur le plan tant physique que mental, suscitées par une acceptation des malaises et des inconforts de la vieillesse :

La santé, c'est primordial [...] Des fois, j'ai des malaises, mais ça, tu n'y peux rien. Si tu fais ce que tu as à faire, toujours te maintenir en forme, tu manges des choses équilibrées. Bien moi, j'ai pour mon dire que c'est beaucoup. (Odile, 75 ans)

Des fois, mon moral, il y a des périodes où il est bas. Là je me parle, je me dis : « Réveille-toi, tu vas te ramasser en dépression. » Je ne veux tellement pas aller à l'hôpital parce que j'en ai déjà fait une et je sais ce que c'est. (Rolande, 66 ans).

En outre, les aînées interviewées paraissent également plus réceptives qu'elles ne l'étaient antérieurement au discours de la santé publique. Des pratiques telles que la consommation de médicaments préventifs, l'adoption d'un mode de vie actif, le recours à une alimentation saine ainsi que le suivi régulier de leur état de santé figurent parmi les actions préventives valorisées à cette période de leur parcours de vie. Elles acquièrent l'information sur ces sujets par l'entremise de rencontres avec des professionnelles et des professionnels de la santé, de publicités sociétales, de sessions

d'information (asthme, emphysème, haute pression, diabète et autres), d'ouvrages spécialisés, etc. : « J'aime les livres sur la santé, j'ai appris beaucoup par les livres, j'ai suivi [des ateliers] : " Écoute ton corps ", j'ai suivi aussi " Repartir " au YWCA, ça m'a aidée » (Marie, 75 ans). D'autres connaissances sur la santé sont également obtenues par l'intermédiaire d'organismes sociaux traitant des thèmes liés à la vieillesse : « Je fais maintenant attention au gras et au sucre, surtout avec mon diabète. Au CLSC, ils nous donnent des conseils. Il y a des séances de santé. Ça nous fait du bien, moi je suis contente de venir ici. C'est très bon pour la santé. Je me sens plus forte après les avoir écoutés » (Alice, 72 ans).

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

Dans son essai sur le vieillissement, Turner (1995) souligne que les humains sont des êtres anticipatoires, qu'ils orientent leurs projets en fonction du futur tout en étant très conscients de leur propre finitude. Cette remarque paraît fondée lorsqu'il s'agit de la pertinence pour les groupes âgés d'adopter des pratiques de santé dans un contexte d'anticipation de la finitude du corps. Il ressort de l'analyse des trajectoires de vie (analyse verticale) que les aînées ont développé une forte préoccupation pour la prévention à mesure qu'elles avancent en âge. Elles ont adopté progressivement un nouveau style de vie en vue de repousser et d'atténuer les conséquences potentielles de la dégénérescence de l'organisme. Selon des études récentes, la projection de l'état de santé futur d'une personne serait déterminante pour l'adoption de pratiques relatives à la santé (Lawton 2002) et d'une pratique régulière d'activités physiques (O'Brien Cousins 2001 ; Whaley 2003).

L'intérêt pour la pratique d'AP

Étonnamment, la grande majorité des femmes interviewées (32 sur 39), ont mentionné qu'elles pratiquaient diverses formes d'activité physique, mais à différents degrés d'intensité, afin d'améliorer leur santé. Plusieurs d'entre elles se sont adonnées à ce type d'activité, ont maintenu leur niveau de pratique ou en ont augmenté l'intensité durant les périodes plus tardives de leur parcours de vie. Chez nombre de participantes, les pertes en matière de santé et l'influence des professionnelles et des professionnels de la santé auraient agi comme éléments incitatifs en vue de l'adoption d'un mode de vie actif. En réaction aux transformations corporelles venues avec la vieillesse, Jeanne et Louise ont commencé la pratique régulière d'une activité sportive après la soixantaine : « C'est pour l'exercice que je fais du vélo, pour mes genoux et puis le bedon. J'aime ça moi. Ça va faire quatre, cinq ans que j'en fais. Je m'ennuyais. Je m'en venais ankylosée et je me suis dit : " Ah ! Ça n'a pas d'allure ! " [...] Quand t'es à rien faire, c'est pas bon ! » (Jeanne, 70 ans) ; « [J'ai commencé à faire du patin] pour ne pas rester inactive. Parce que si je passe mon temps assise, je vais élargir. Combien de poids je vais prendre ? La flexibilité, ça, j'y tiens beaucoup à ça » (Louise, 67 ans) ; « Ça fait seulement depuis une couple d'années qu'on prend des marches, pour le plaisir de marcher et pour faire des exercices en même temps, c'est pour se faire du bien [...] On marche quatre à cinq fois dans la journée » (Rose, 73 ans). Pour d'autres, l'intérêt d'adopter un régime plus actif provenait de recommandations ou de l'insistance des acteurs et des actrices de la santé publique, notamment de leur médecin : « Le docteur m'a dit, parce que je fais de l'angine : " Il faut que vous marchiez beaucoup si vous ne voulez pas vous ramasser dans une chaise roulante. " Je marche parce qu'il m'a dit ça, et j'aime ça » (Ève, 67 ans) ; « Ça ne m'intéressait pas « pantoute » [des AP]. Ça ne valait rien cette affaire-là ! [...] Là, mon docteur me dit de prendre des marches. Ça, j'en prends ! Mais demande-moi pas autre chose ! » (Gisèle, 67 ans).

Il y a lieu de préciser que ce n'est pas uniquement la recherche d'une bonne santé, mais aussi d'autres facteurs tels que l'amusement et les rencontres sociales qui motivent la pratique d'activités physiques. Ainsi, pour plusieurs participantes, le vieillissement a

donné lieu à une amélioration de leurs conditions sociales d’existence. L’accroissement du temps libre, le départ des enfants, la relative stabilité financière¹⁰ et l’offre de services à tarif réduit sont souvent mentionnés comme facteurs qui ont favorisé la pratique d’activités physiques. À 60 ans, Claire s’est mise à une pratique régulière : « Je suis plus active maintenant. Avant je m’occupais plus de mes enfants. Quand on élève six enfants, je n’avais pas le temps d’aller prendre des marches... » (Claire, 65 ans). Le vieillissement a donc amené un ensemble de conditions sociales et biologiques favorables à l’adoption de pratiques relatives à la santé : « Aujourd’hui, on a plus de temps pour nous autres, on n’a pas la famille puis tout l’ouvrage qui vient avec. On se demande ce qu’on pourrait bien faire de notre temps, puis à part de ça, on veut vivre le plus longtemps possible. Ça aide pour la santé ! » (Marielle, 74 ans).

Le tableau 3 illustre les profits en santé attendus de la pratique d’activités physiques tels que les ont mentionnés les participantes.

TABLEAU 3	PROFITS ESCOMPTÉS DE LA PRATIQUE D’AP
▪ Améliorer la santé globale ▪ Prévenir la perte d’autonomie et les incapacités ▪ Prévenir l’apparition ou réduire l’aggravation de maladies (ostéoporose, diabète) ▪ Augmenter la résistance aux maladies ▪ Contrôler la pression sanguine ▪ Améliorer des capacités fonctionnelles (équilibre, mobilité, digestion, flexibilité, sommeil) ▪ Réduire les douleurs arthritiques ▪ Augmenter le tonus musculaire en vue de prévenir les chutes ▪ Réduire l’angoisse et relaxer ▪ Maintenir un poids santé	

10. Les participantes des milieux moins bien nantis reçoivent leur pension de retraite et un supplément de revenu garanti. Elles habitent également des habitations à loyer modique subventionnées par l’État. En ce sens, la vieillesse leur offre une relative stabilité financière par rapport aux périodes antérieures de leur vie.

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

Il était temps que je me grouille pour empêcher des malaises, ça aide à prévenir [...] Je n'aimerais pas ça être malade, des années malade, ce n'est pas drôle [...] Ça me motive à faire de l'exercice. Il y a des matins que ça ne me tente pas, « pantoute », je me dis : « Ah non, pas ça ! » Mais je me conditionne. (Marielle, 74 ans)

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

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

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

devient les muscles moins forts. Si on garde nos muscles en santé, bien on a des chances que nos os se brisent moins » (Suzanne, 65 ans). Enfin, chez celles dont la santé était plus hypothéquée, l'activité physique renvoyait davantage à une pratique curative pour composer avec la maladie : « Je me suis découvert des petites maladies... un petit peu de diabète, un petit peu de cholestérol, alors je fais attention à ma nourriture, c'est important, je marche encore, il ne faut pas se rouiller » (Yvette, 73 ans).

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

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

La variation dans la réponse à l'élément-rupture

Si une première lecture des entrevues transcrites mot à mot (*verbatim*) a révélé l'importance de l'activité physique dans les phases tardives de la vie, une analyse plus approfondie a signalé que la fréquence et l'intensité de la pratique régulière d'activités physiques varient considérablement d'une aînée à l'autre. Cette variation s'explique par une interaction complexe et un dosage différent entre les trois variables que sont les conceptions de la prévention des aînées, leurs capacités physiques à s'adonner à de telles activités et les

ressources disponibles et consenties pour leur pratique. Voyons ces trois éléments plus en détail.

Les conceptions de la prévention

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

En outre, les analyses comparatives révèlent que les femmes ayant connu des conditions de vie très précaires (pauvreté économique, faible scolarité, chômage, famille monoparentale, absence de domicile fixe, etc.) seraient plus sceptiques à l'égard du discours tenu par les spécialistes et personnes-ressources dans le domaine de la santé publique. Elles adoptent une attitude du type « il faut en prendre puis en laisser » et se conforment moins aux principes de médecine préventive : « Comme j'ai dit au médecin : " Vous ne ferez pas une neuve avec moi à 70 ans ! " Hein ! Je ne suis pas un robot. Les morceaux, ça ne se remplace pas » (Diane, 70 ans). Dans la même veine, pour une participante qui est peu active physiquement, sa fréquence d'activités physiques lui paraît suffisante : « Les docteurs nous le disent assez. Mon docteur me dit de marcher, puis de marcher, puis de marcher, mais je ne marche pas plus » (Fernande, 67 ans). Ces aînées semblent également réagir moins promptement aux signes avant-coureurs de la maladie que les participantes plus actives : « Écoute ! À 73 ans, t'en as des bobos ! Ça fait qu'il ne faut pas les écouter ces bobos-là » (Andrée, 73 ans) ; « Je

ne pense pas à mon mal. Quand je vais chez le docteur, c'est parce que j'en ai de besoin [...] tu n'y penses pas que tu es malade. Tu t'occupes. Malade, pas malade, tu fais ton ouvrage pareil » (Denise, 69 ans). Quelques-unes d'entre elles expriment leur refus de se faire imposer une façon de vivre dans cette phase de leur vie : « Avant, tout ce que je faisais, il fallait que je le fasse. Aujourd'hui, ce que je fais, c'est parce que je veux le faire ! » (Diane, 70 ans). Pour celles qui ont évolué dans des conditions d'existence très défavorables, la pratique d'activités physiques ne doit pas constituer une obligation supplémentaire :

J'ai été assez séquestrée quand j'étais jeune au couvent et ensuite privée par mes enfants ; puis là, je suis libre, je fais ce que je veux. Je tourne, je vire, je n'en demande pas plus que j'en ai [...] Je reste chez nous, puis je suis bien chez nous [...] Je m'allonge les pattes, puis je fais aller mes pattes de même [de gauche à droite], assise dans ma chaise Lazy-boy. Je suis diabétique, ça fait que je dors [...] Si j'en fais chez nous [de l'AP], c'est parce que ça me tente, quand ça ne me tente pas, j'arrête. Je ne fais plus ce que je n'aime pas faire. J'en ai assez fait dans ma vie. Je me suis assez sacrifiée dans ma vie. Là, je fais juste qu'est-ce que j'aime (Yvonne, 66 ans).

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

Les capacités physiques à accomplir des activités physiques

En raison du taux élevé de morbidité prématurée enregistré dans les milieux populaires (Paquet 1989), on peut croire que la contrainte imposée par l'incapacité physique sur la pratique d'activités physiques est davantage présente dans les phases plus tardives de la vie. Dans cette optique, cette contrainte a fréquemment été invoquée dans les entrevues : « Quand on est jeune, on en fait bien des affaires ! Mais quand on vieillit, ce n'est pas pareil « pantoute ». Il faut passer par là pour le savoir » (Anne-Denise, 73 ans). « Dans le moment, je me sens fatiguée [...] J'aimerais bien ça en faire plus [d'AP] que je fais là, mais je ne suis pas capable ! » (Gisèle, 67 ans) Leur manque de force génère également la peur de blessures provoquées par une chute : « Des marches, je ne peux pas, je n'ai plus les mêmes jambes qu'avant [...] J'ai peur de tomber. Aujourd'hui c'est trop dangereux, à cause de mon âge » (Jeannine, 75 ans). Alice compte parmi les participantes dont la santé est fragile : « Si j'étais plus forte... le problème, c'est que je tombe. Ça m'intéresserait [faire de la danse], mais je ne voudrais pas forcer personne à me supporter » (Alice, 72 ans). Des troubles physiques plus précis ont également été ciblés comme freins à la pratique : « C'est mon asthme, j'ai beaucoup d'essoufflement [...] c'est ça qui me limite [à faire des AP], c'est mon asthme » (Yvette, 73 ans).

Il est intéressant de noter que les aînées plus actives ayant des incapacités ont également signalé les difficultés de pratiquer des activités physiques. Toutefois, plusieurs d'entre elles compensent en s'engageant dans des activités à moindre risque de blessures ou en s'exerçant sous la supervision de professionnelles ou de professionnels. Les incapacités ne sont donc pas toujours un frein à la pratique. À titre d'exemple, les activités aquatiques sont ressorties comme des pratiques privilégiées pour minimiser les risques de blessures : « Je vais y aller deux fois par semaine dans l'eau, parce que ça, ça fait du bien pour l'arthrite, je fais de l'ostéo-arthrite puis ça me fait du bien » (Nicole, 74 ans) ; « Je n'ai pas mal quand je suis dans l'eau. J'ai fait les mêmes exercices par terre et j'avais mal dans les muscles [...] à chaque semaine j'avais mal à quelque part. Puis

l'aquaforme, vous sortez de là et vous êtes parfaite ! » (Marie-Louise, 71 ans). Ces données corroborent les études antérieures (Stanley et Freysinger 1995 ; Booth et autres 1997 ; Curtis, White et McPherson 2000 ; Cohen-Mansfield, Marx et Guralnik 2003) ayant montré que des facteurs d'ordre biologique réduisent la pratique d'activités physiques. Cependant, les participantes plus actives démontrent que les contraintes biologiques peuvent être surmontées par une pratique adaptée à leur état de santé.

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

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

Par ailleurs, les ressources humaines et sociales associées à une pratique régulière d'activités physiques varient également selon la fréquence de la pratique. Les femmes plus actives ont noté l'importance de fréquenter des organisations sportives afin d'obtenir un soutien social et une motivation supplémentaire. L'encadrement offert par des activités organisées et payantes telles que l'aquaforme, le conditionnement physique ou la danse semblent favoriser une pratique plus régulière : « On dirait qu'on ne peut pas en faire [de

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

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

Conclusion

Bien que les personnes de milieux moins bien nantis soient peu disposées à la pratique d'AP à l'âge adulte (Boltanski 1971 ; Bourdieu 1979 ; Laberge et Sankoff 1988 ; Dumas 2004), les résultats de notre étude suggèrent que, contrairement à l'adage, le passé n'est pas nécessairement garant de l'avenir. Les données montrent que, si les participantes à notre étude ont été en général peu actives au cours de leur vie adulte, plusieurs d'entre elles ont envisagé et ont adopté des pratiques d'activités physiques et s'y sont adonnées plus tard dans leur vie. Leurs témoignages permettent de croire que la vieillesse, tant dans ses dimensions sociales que biologiques, a suscité chez elles une prise de conscience de la finitude du corps qui aurait engendré à son tour un souci pour les pratiques liées à la santé préventive, dont l'AP. Comme l'ont souligné d'autres auteures et auteurs (Bury 1982 ; Leder 1990 ; Lawton 2003), ce sont surtout les pertes en matière de santé et les craintes de leurs conséquences qui contribuent à cette prise de conscience. Celle-ci aurait été l'élément-rupture dans leur trajectoire de vie, transformant le rapport qu'elles entretiennent avec leur santé. Ces résultats confortent d'autres études mentionnées

précédemment qui ont montré un accroissement du souci pour la santé à mesure que l'on avance en âge (Backett et Davison 1995 ; Lawton 2002). Parallèlement à l'augmentation du souci pour la santé, nous avons constaté l'amélioration des conditions sociales d'existence des participantes. Ces résultats nous incitent à croire que la période de la vieillesse constituerait une période propice à l'adoption de pratiques relatives à la santé et aux activités physiques.

L'analyse horizontale révèle par ailleurs que les participantes n'ont pas toutes le même degré de pratique d'AP. Cette variation s'expliquerait par un mélange dynamique entre les conceptions de la prévention, leurs capacités biologiques à s'adonner à une activité physique et les ressources disponibles et consenties pour sa pratique. Ces résultats seraient vraisemblablement le reflet de la grande diversité des facteurs explicatifs de la pratique d'activités physiques (Dishman et Sallis 1994 ; Chogahara, O'Brien Cousins et Wankel 1998). Nos résultats confirment certaines études antérieures démontrant que les facteurs biologiques peuvent réduire le niveau de pratique d'AP (Stanley et Freysinger 1995 ; Booth et autres 1997 ; Curtis, White et McPherson 2000). Le point qui nous apparaît toutefois plus important est qu'ils peuvent également, lorsque des conditions le permettent, favoriser l'adoption d'un mode de vie plus actif (Chogahara et Yamaguchi 1998 ; O'Brien Cousins 2001).

Notre cadre théorique nous a ainsi permis de reconnaître l'activité physique comme une stratégie d'amélioration de la santé parmi d'autres, adoptée en réponse à un élément-rupture. Notre étude apporte donc une contribution aux connaissances en mettant en évidence le vieillissement social et biologique comme un facteur déterminant de la pratique d'activités physiques. En effet, peu d'études ont approfondi les conséquences des pertes en matière de santé suscitées par la vieillesse sur l'adoption de stratégies telles que l'activité physique pour un groupe social donné. Notre étude comme celles d'O'Brien Cousins et Keating (1995) ainsi que d'O'Brien Cousins (2001), permet d'améliorer la compréhension du phénomène.

Quelques précisions doivent être apportées cependant quant aux limites de notre étude. L'échantillon est composé d'ainées de milieux moins bien nantis, ce qui n'exclut pas une certaine hétérogénéité du groupe. Une analyse plus pointue des différentes conditions

d'existence des participantes aurait pu montrer d'autres facteurs de différenciation dans les pratiques d'activités physiques. Notons aussi que nos résultats ne peuvent être appliqués à d'autres milieux socioéconomiques puisque chaque position sociale aurait ses dispositions propres en raison de ses conditions d'existence (Boltanski 1971 ; Bourdieu 1984). Par ailleurs, l'analyse s'est penchée sur la cohorte d'âge des 65 à 75 ans ; cependant, davantage de précision à l'intérieur de cette tranche d'âge pourrait révéler d'autres facteurs de différenciation sociale. Enfin, il faudrait faire preuve de prudence dans l'application de ces données à d'autres contextes sociopolitiques, ceux-ci pouvant modifier considérablement le style de vie d'ainées vivant dans des milieux comparables à celui de notre étude.

Sur le plan de l'utilité sociale, nous souhaitons que notre étude contribue à combattre des stéréotypes qui nuisent aux efforts de promotion de la santé¹¹. Les modifications de leurs attitudes apportées par les femmes de notre échantillon dans leur parcours de vie montrent que la vieillesse ne constitue pas nécessairement un frein au changement et qu'elle peut, au contraire, devenir une période fertile en vue de l'adoption de pratiques relatives à la santé. Les transformations de leurs conceptions sont des exemples éloquentes que les dispositions des personnes ne sont pas cristallisées dans le temps. Les changements apportés à leur style de vie viennent également remettre en question les propos de ceux et celles qui soutiennent la thèse de l'existence d'une « culture de la pauvreté », propos souvent récupérés au détriment des personnes issues de milieux moins bien nantis à qui l'on fait porter la responsabilité de leurs problèmes de santé. À cet égard, les données indiquent ceci : lorsqu'il y a eu une transformation des conditions d'existence, de nouvelles dispositions envers la santé sont alors apparues.

Notre étude veut donc sensibiliser les actrices et les acteurs en matière de promotion de la santé au potentiel de changement de style

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

de vie des aînés et des aînées qu'offre la période de la vieillesse. Elle fournit aussi aux organismes voués à la promotion de l'activité physique des outils de connaissance pouvant les guider dans l'élaboration de programmes conçus pour les aînées et les inciter à intervenir plus efficacement auprès de celles qui viennent de milieux sociaux moins bien nantis. Enfin, les résultats soulignent le rôle capital que jouent les professionnelles et les professionnels de la santé dans l'adoption d'attitudes préventives et informent les personnes-ressources quant aux problématiques spécifiques des aînées en vue d'élaborer des actions susceptibles de favoriser une expérience positive du vieillissement. S'il y a lieu de se réjouir du fait que la période de la vieillesse engendre des dispositions favorables à la santé, les écarts observés quant à la fréquence et à l'intensité de la pratique d'activités physiques posent, malgré tout, un défi de taille pour les acteurs et les actrices en promotion de la santé.

Dans le domaine de la recherche, on a peu exploré sur le plan empirique jusqu'à maintenant les liens entre le social et le biologique, à savoir en quoi ils amènent certaines dispositions et forgent une vision du monde chez les aînées. La voie est ainsi ouverte à de nouvelles recherches et à l'élaboration de nouveaux cadres théoriques (Newton 2003) dans l'étude du vieillissement. Le jumelage de l'approche de Michael Bury (1982 et 1991) à celle de Pierre Bourdieu (1979) s'avère une avenue de recherche intéressante à cet égard.

— RÉFÉRENCES

ATIENZA, Audi A.

2001 « Home-based Physical Activity Programs for Middle-aged and Older Adults : Summary of Empirical Research », *Journal of Aging and Physical Activity*, 9 (supp.) : S38-S58.

BACKETT, Kathryn C. et Charlie DAVISON

1995 « Lifecourse and Lifestyle : The Social and Cultural Location of Health Behaviours », *Social Science & Medicine*, 40, 5 : 629-638.

BOLTANSKI, Luc

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

BOOTH, Michael L., et autres

1997 « Physical Activity Preferences, Preferred Sources of Assistance, and Perceived Barriers to Increased Activity Among Physically-inactive Australians », *Preventive Medicine*, 26, 1 : 131-137.

BOURDIEU, Pierre

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

BURY, Michael

1991 « The Sociology of Chronic Illness — A Review of Research and Prospects », *Sociology of Health & Illness*, 13, 4 : 451-468.

1982 « Chronic Illness as Biographical Disruption », *Sociology of Health & Illness*, 4, 2 : 167-181.

CAMERON, Christine, et autres

2003 *Increasing Physical Activity : Encouraging Physical Activity Through School*. Ottawa, Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.

CARRICABURU, Danièle et Janine PIERRET

1995 « From Biographical Disruption to Biographical Reinforcement — The Case of HIV-positive Men », *Sociology of Health & Illness*, 17, 1 : 65-88.

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

1998 « Social Influences on Physical Activity in Older Adults : A Review », *Journal of Aging and Physical Activity*, 6, 1 : 1-17.

CHOGAHARA, Makoto et Yasuo YAMAGUCHI

1998 « Resocialization and Continuity of Involvement in Physical Activity Among Elderly Japanese », *International Review for the Sociology of Sport*, 33, 3 : 277-289.

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

2003 « Motivators and Barriers to Exercise in an Older Community-dwelling Population », *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 2 : 242-253.

CURTIS, James, Philip WHITE et Bary MCPHERSON

2000 « Age and Physical Activity Among Canadian Women and Men : Findings from Longitudinal National Survey Data », *Journal of Aging and Physical Activity*, 8 : 1-19.

DISHMAN, Rod et James F. SALLIS

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

DUMAS, Alex

2004 *La prévention en santé, l'activité physique et l'apparence corporelle chez des aînées de différents milieux socioéconomiques*. Thèse de doctorat. Montréal, Université de Montréal.

FEATHERSTONE, Mike et Mike HEPWORTH

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

GIDDENS, Anthony

1979 *Central Problems in Social Theory*. Londres, Macmillan.

KINO-QUÉBEC

- 2003 *Synthèse de « L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus »*. Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Avis du comité scientifique, Bibliothèque nationale du Québec.
- 2002 *L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*. Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Avis du comité scientifique de Kino-Québec, Bibliothèque nationale du Québec.

LABERGE, Suzanne et David SANKOFF

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

LABERGE, Suzanne, et autres

- 2000 *Femmes âgées, activités physiques et santé*. Montréal, Projet de recherche subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, numéro 828-1999-1017.

LAWTON, Julia

- 2003 « Lay Experiences of Health and Illness : Past Research and Future Agendas », *Sociology of Health & Illness*, 25, numéro spécial : 23-40.
- 2002 « Colonising the Future : Temporal Perceptions and Health-relevant Behaviours Across the Adult Lifecourse », *Sociology of Health & Illness*, 24, 6 : 714-733.

LEDER, Drew

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

NEWTON, Tim

- 2003 « Truly Embodied Sociology : Marrying the Social and the Biological ? », *The Sociological Review*, 51, 1 : 20-42.

NOLIN, Bertrand, et autres

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

O'BRIEN COUSINS, Sandra

2001 « Thinking Out Loud : What Older Adults Say About Triggers for Physical Activity », *Journal of Aging and Physical Activity*, 9, 4 : 347-363.

O'BRIEN COUSINS, Sandra et Norah KEATING

1995 « Life Cycle Patterns of Physical Activity Among Sedentary and Active Women », *Journal of Aging and Physical Activity*, 3, 4 : 340-359.

ORY, Marcia, et autres

2003 « Challenging Aging Stereotypes — Strategies for Creating a More Active Society », *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 3 : 164-171.

PAQUET, Ginette

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

POUND, Pandora, Patrick GOMPERTZ et Shah EBRAHIM

1998 « Illness in the Context of Older Age : The Case of Stroke », *Sociology of Health & Illness*, 20, 4 : 489-506.

ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION (RWJF)

2001 « National Blueprint for Increasing Physical Activity Among Adults Age 50 and Older : Creating a Strategic Framework on Enhancing Organizational Capacity for Change », *Journal of Aging and Physical Activity*, 9 (supp.) : S1-S28.

SAUNDERS, Caroline, Jenny DONOVAN et Paul DIEPPE

- 2002 « The Significance and Consequences of Having Painful and Disabled Joints in Older Age : Co-existing Accounts of Normal and Disrupted Biographies », *Sociology of Health & Illness*, 24, 2 : 227-253.

STANLEY, Deborah et Valeria J. FREYSINGER

- 1995 « The Impact of Age, Health, and Sex on the Frequency of Older Adults' Leisure Activity Participation : A Longitudinal Study », *Activities, Adaptation & Aging*, 19, 3 : 31-42.

TURNER, Bryan

- 1995 « Aging and Identity : Some Reflections on the Somatization of the Self » dans Mike Featherstone et Andrew Wernick (dir.), *Images of Aging : Cultural Representation of Later Life*. New York, Routledge : 245-260.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS)

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

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

- 2002 « Effectiveness of Physical Activity Interventions for Older Adults : A Review », *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 2 : 120-133.

WHALEY, Diane E.

- 2003 « Future-Oriented Self-Perceptions and Exercise Behavior in Middle-aged Women », *Journal of Aging and Physical Activity*, 11 : 1-17.

WILLIAMS, Simon J.

- 2000 « Chronic Illness as Biographical Disruption or Biographical Disruption as Chronic Illness ? Reflections on a Core Concept », *Sociology of Health & Illness*, 22, 1 : 40-67.