

Représentation sociale de la santé d'immigrants allophones de Montréal, Canada¹

Social representation of health by allophones immigrants of Montreal, Canada

Lilian Bernard Guicherd-callin²

Alain Girard³

Jean -claude Massé⁴

Pierre Sercia⁵

RÉSUMÉ: La province de Québec accueille 50 000 immigrants par an dont 35% sont allophones. Les immigrants ont une meilleure santé que les natifs à leur arrivée. Cet état de santé diminue avec le temps. Des liens ont été établis entre acculturation et prise de poids. L'analyse des représentations sociales de la santé révèle les obstacles et les opportunités de ces personnes à adopter de « *saines habitudes de vie* ». Une étude qualitative exploratoire a été menée à Montréal. L'analyse révèle des conceptions spécifiques de la santé, une évaluation positive de leur état de santé et les causes reliées à cet état. Un grand nombre de croyances, de normes et d'opinions sont exprimées en lien avec l'alimentation et l'activité physique. La représentation de la santé en contexte migratoire présente un conflit entre les valeurs du pays d'origine et du pays hôte. Des mécanismes d'enchantement et de désenchantement sont opérés pour combler l'écart entre idéal espéré et réalité vécue.

Mots-clefs: saine habitude de vie ; immigrants ; représentation sociale ; acculturation.

ABSTRACT: The province of Quebec allowed 50,000 immigrants per year of which 35% are allophones. Immigrants have better health than natives and the health status decrease with the time. Links are done between acculturation and increase of bodyweight. The analysis of social representation (SR) of health shows obstacles and opportunities to adopt a "*healthy lifestyles*". A qualitative exploratory study was done in Montreal. The analysis reveals specific conceptions of health, a positive health status assessment and origins of this status. Lots of beliefs, norms and opinions are connected with food and physical activity. The social representation of health in migration context shows a struggle between country of birth values and host country values. The Mechanisms of "enchancing" and "disenchancing" are working to fill the gap between the hoped ideal and the lived reality.

Keywords: healthy lifestyle; immigrants; social representation; acculturation.

Introduction

Le Canada possède une longue tradition d'immigration. Chaque année, plus de 250 000 personnes immigreront vers ce pays (Citizenship and Immigration Canada, 2012) et s'installent dans les différentes provinces. Au Québec, province francophone du Canada, ce sont plus de 50 000 personnes par an (Ministère de l'immigration et des communautés

¹ Financé par le Fond de Recherche du Québec Santé (FRQS).

² PhD student ; Faculté des sciences de l'éducation, Université du Québec à Montréal – Québec, Canada. E-mail : guicherd-callin.lilian_bernard@uqam.ca.

³ PhD sociologie ; Faculté des sciences humaines , Université du Québec à Montréal – Québec, Canada.

⁴ PhD student ; Faculté des sciences de l'éducation, Université du Québec à Montréal – Québec, Canada.

⁵ Directeur du département de Kinanthropologie, Faculté des sciences, Université du Québec à Montréal – Québec, Canada.

culturelles, 2012) qui s'établissent principalement dans la ville de Montréal. Le type d'immigration a beaucoup évolué au cours de ces dernières années. Les immigrants proviennent du monde entier. Le processus de sélection des immigrants économiques du Ministère Canadien de la Citoyenneté et de l'Immigration privilégie l'immigration de personnes qualifiées avec une expérience de travail antérieure, sans problématique de santé majeure et une réserve financière suffisante pour vivre les premiers mois d'installation. La Province de Québec encourage une immigration francophone, par un programme de sélection des immigrants spécifique. Cependant, 35% d'entre eux déclarent ne pas parler français à leur arrivée au Québec (Ministère de l'Immigration et des Communautés Culturelles, 2012). Dans la perspective d'aider l'intégration à la société québécoise, les immigrants peuvent suivre des cours de francisation pour maîtriser la langue officielle de la province.

La santé des immigrants au Québec

En 2006, le Québec a mis en place un plan d'action gouvernemental (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2006) pour promouvoir les saines habitudes de vie (SHV) et prévenir les problèmes reliés au poids. Il repose sur l'adoption d'un mode de vie actif, d'une alimentation saine, et la promotion de normes sociales favorables. À cet effet, un grand nombre d'actions ont été mises en place afin de contrer l'augmentation des problématiques de santé liées à l'obésité. Dans ce contexte, les populations immigrantes du Québec sont exposées aux messages et aux programmes de promotion des SHV dès leur arrivée.

Les immigrants présentent un meilleur état de santé que la population canadienne (Health Canada, 2010a). On observe une détérioration de l'état de santé des immigrants dans les 10 années après l'installation au Canada pour arriver à un niveau de santé équivalent, voire inférieur à la population native (Health Canada, 2010a). On observe des différences de l'indice de masse corporelle (IMC) entre groupes d'immigrants. L'IMC est en moyenne inférieure chez les immigrants non blancs par rapport aux immigrants blancs et l'IMC des immigrants blanc est inférieur aux natifs (Setia, Quesnel-Vallee, Abrahamowicz, Toussignant & Lynch, 2009).

Dans une perspective d'amélioration de la santé des populations, les immigrants représentent une population à risque, car elle cumule plusieurs facteurs de risques. Cette population présente des états émotifs et psychologiques plus problématiques que la population native (Health Canada, 2010a). C'est une population socialement et économiquement vulnérable, plus soumise aux discriminations (De Maio & Kemp, 2009). Elle est engagée dans un processus migratoire, qui lui demande de s'intégrer à la population canadienne et particulièrement québécoise, ce qui suppose l'apprentissage et la maîtrise d'une nouvelle langue (le français) voir de deux (l'anglais). La situation de Montréal comme métropole bilingue d'une province francophone oblige les immigrants bien souvent à apprendre le français et l'anglais. Les immigrants présentent aussi des niveaux d'activité physique inférieurs aux natifs dans leur loisir. (Tremblay, Bryan, Pérez, Ardern, & Katzmarzyk, 2006). Le degré d'acculturation des populations immigrantes aux États Unis prédit le niveau d'activité physique (Crespo, Smit, Carter-Pokras & Andersen, 2001 ; Evenson, Sarmientoa, & Ayala, 2004). Plus les individus présentent des niveaux d'intégration élevés aux pratiques et valeurs de la société d'accueil, plus ils auraient une pratique d'activité physique importante. Le niveau d'intégration à la société nord-américaine serait relié alors à l'utilisation des activités physiques de loisir comme source principale

d'activité physique. Stodolska (2000) a analysé les mécanismes qui agissent sur la pratique de loisir des populations immigrantes polonaise aux États-Unis et au Canada. Elle montre que les conditions socio-économiques inférieures des immigrants polonais participent à une faible pratique des activités de Loisir.

Le processus migratoire a une influence sur les représentations sociales (RS) des immigrants. Pour Jodelet (1989, p. 72) les représentations sont un ensemble de croyances, images, informations, attitudes, opinions issues des influences du contexte socio culturel et historique. Jovchelovitch et Gervais (1998) ont montré l'impact des modifications de la RS de la santé dans une population chinoise d'Angleterre avec la coexistence des croyances issues de la médecine traditionnelle et moderne. Plusieurs éléments, tel le contexte national (Bovina, 2006 ; Échebarraria Echabe, Guillen, & Ozamiz, 1992 ; Flick, 2000 ; Flick, Fischer, Schwartz & Walter, 2002) l'âge des personnes (Murray, 2003), le statut professionnel (Flick, 2003), le niveau socioéconomique (Flick & Rohnsch, 2007) peuvent influencer sur les RS de la santé. Dans le contexte d'un processus migratoire, un conflit entre RS issues de la société d'accueil et la société d'origine peut se manifester et amener une évolution des RS des groupes immigrants.

Les représentations sociales de la santé

La notion de représentation sociale (RS) est apparue avec l'étude *princeps* de Moscovici (1961). Son travail s'inscrit dans une réflexion sur la relation entre savoirs scientifiques et les savoirs de sens commun ainsi que sur les processus de génération de la pensée sociale (Jodelet, 2006). La RS est un système socio cognitif (Abric, 1994) d'un individu ou d'un groupe qui est composé d'un ensemble d'éléments comme les opinions, les croyances, les attitudes, les valeurs, les normes, les conceptions, et autres éléments sur un objet social (Jodelet, 1989). Moscovici (1961) propose deux mécanismes participants à la genèse d'une RS à savoir : l'objectivation et l'ancrage. L'objectivation correspond à un mécanisme de sélection des informations véhiculées par la pensée sociale et de matérialisation d'une nouvelle forme de savoir pour le groupe sur l'objet représenté. L'ancrage correspond aux mécanismes de rattachement de cette nouvelle forme de savoir à d'anciens systèmes de connaissances (croyances, idéologies, etc.) ou aux relations symboliques entre acteurs sociaux (Doïse, 1992). Le terme de conception dans ce texte renvoie à « l'activité perceptuelle d'un sujet liée à un ensemble de concepts » (Jutras & Bisson, 1994). Comprendre les conceptions de la santé d'un groupe permet de comprendre l'interprétation du concept scientifique de la santé par chaque individu du groupe. Cette démarche permet d'explorer un contenu spécifique de la représentation sociale sous forme de différentes catégorisations mentales collectives issues des définitions de la santé que les individus expriment lors des entrevues. Herzlich (1969) dans son étude des représentations de la santé en France avait proposé trois conceptions de la santé : santé vide, fonds de santé et équilibre (Herzlich, 1969). D'autres auteurs ont utilisé l'étude des conceptions de la santé pour faire l'analyse de la RS de la santé et proposer des catégorisations différentes (Flick, 2000 ; Murray, 2003).

L'étude de la RS de la santé ne doit pas se limiter à l'étude des conceptions de la santé. La RS comme produit et processus est un système qui regroupe plusieurs formes de savoir. La RS est comme une théorie naïve sur cet objet. Elle va regrouper d'autres formes de savoirs, notamment les opinions, les croyances et les normes. L'opinion est *un groupe momentané et plus ou moins logique de jugement* (Rouquette, 1994, p. 502 ; Tarde, 1901, p.

76) qui se différencie de la croyance. L'opinion est une position individuelle instable (Rouquette, 1998) sur un objet précis dans des circonstances précises (Rateau, Ernst-Vintilla, & Delouvé, 2012). La croyance est un système de connaissance, qui diffère de l'opinion par le caractère d'adhésion permanente et quasi irrationnelle (Jodelet, 2002). Les croyances en matière de santé sont des connaissances acquises et acceptées sur un objet de santé. Plus que des connaissances acquises, elles expriment une acceptation de cette connaissance comme vraie et comme potentielles sources de règles d'actions. Les normes, quant à elles, sont des règles imposées par des groupes sociaux et généralement institutionnalisées qui permettent à un individu de penser et d'agir sans reposer sur un quelconque critère de vérité. Toutes ces notions vont permettre l'analyse de la représentation de la santé chez les immigrants.

Cet article s'inscrit dans le cadre d'une étude exploratoire plus large qui cherche à distinguer les obstacles et les opportunités d'adoption des saines habitudes de vie dans la population immigrante au Québec. L'article traite de l'analyse des représentations sociales de la santé comme système de représentation (Garnier, 1999 ; Seca, 2010) contenant différents objets sémantiques (notamment, l'activité physique et l'alimentation). Dans un premier temps, une analyse du contenu de la représentation sociale de la santé sera réalisée au travers de l'étude des conceptions de la santé, de la perception du niveau de santé, des croyances, des normes et des opinions exprimées en matière de santé. Dans un deuxième temps, une analyse des énoncés portant sur leurs pratiques d'activité physique et d'alimentation sera opérée pour situer ces notions par rapport à la RS de la santé. Dans un troisième temps, une analyse du processus représentationnel sera opérée pour comprendre l'influence de l'expérience migratoire et des normes sociales issues des sociétés d'origine et de la société d'accueil.

Méthodologie

Le projet de recherche comprenait deux phases. Une phase exploratoire par des entrevues en entrevue de groupe sur la santé, les pratiques d'activité physique et d'alimentation. La deuxième phase était la passation de questionnaires construits à partir des thèmes émergeant lors de l'analyse des entrevues. L'analyse des RS issues des entretiens de groupe lors de la phase exploratoire est présentée ci-dessous.

La phase exploratoire repose sur la réalisation de vingt et une entrevue de semi-structurées d'environ une heure trente qui ont permis d'interroger 130 personnes. Un guide d'entretien a été réalisé portant sur trois thèmes : la santé, l'activité physique et l'alimentation. Des questions sur la définition personnelle de la santé, le niveau de santé auto déclaré, les raisons du niveau de santé, les pratiques de santé et les sources d'informations en matière de santé ont été posées aux participants. Pour l'activité physique, les informations recueillies portaient sur la définition de « faire de l'activité physique », leurs pratiques depuis leur arrivée au Québec, s'ils considéraient ces pratiques comme suffisantes et quels sont les obstacles à la pratique d'activité physique en processus migratoire. Pour l'alimentation, on a demandé aux gens de décrire leurs pratiques alimentaires au Québec, les changements à ces pratiques et les diverses contraintes rencontrées pour l'alimentation.

Échantillon

Le recrutement des individus a été effectué dans des classes de francisation d'un centre de formation du centre-ville de Montréal sur une base volontaire. Les personnes

étaient invitées à participer à l'entretien de groupe pendant les heures de cours. Les entretiens se déroulaient en français avec 6 à 10 personnes. Cette activité a été proposée à des personnes qui avaient déjà une connaissance et une aisance suffisantes en français pour pouvoir s'exprimer sur le sujet. Le choix d'interroger des immigrants allophones s'explique par le niveau de risque élevé de cette catégorie d'immigrants de ne pas adopter des saines habitudes de vie, à cause de son faible niveau d'intégration dû à la non-maîtrise du français.

Les caractéristiques de la population sont regroupées dans le tableau 1. Parmi les 130 participants, nous avons eu plus de femmes (N=80) que d'hommes (N=50). La grande majorité des personnes avaient entre 26 et 44 ans (N= 100). Un peu plus de la moitié des personnes vivaient au Québec depuis moins de 4 ans (N= 69). Un grand nombre était marié (N=103) et plus de la moitié avaient une formation universitaire (N= 67). Les continents d'origines principaux étaient dans l'ordre l'Amérique (N=60) et l'Asie (N=38).

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques des participants

Catégories	N
Sexe	
Homme	50
Femme	80
Âge (en années)	
19-25	9
26-34	55
35-44	45
45 et +	21
Statut conjugal	
Célibataire	27
marié	103
Nombre d'années d'installation au Québec	
1 et -	36
2 à 4	33
5 à 9	24
10 et +	35
Nombre d'années de scolarité	
12 ans et – (secondaire)	42
13-14 ans (collégial)	21
15 ans et + (universitaire)	67
Pays d'origine	
Amérique du Sud	40
Amérique central et du Nord	20
Europe de l'Est et du Sud	19
Asie du Sud-Est	21
Subcontinent indien	10
Chine et Hong Kong	7
Afrique du Nord	4
Autres pays	9

Analyse des données

Les entrevues de groupes ont été enregistrées et retranscrites par écrit avec le logiciel Word. Une analyse de contenu a été réalisée avec logiciel de traitement des données qualitatives Nvivo 8®, en plusieurs phases. Chaque prise de parole d'un individu lors des entretiens constitue une unité de contexte (UC). Dans chaque unité de contexte, il a été dégagé des unités d'analyse (UA) qui représentait l'idée exprimée par la personne.

La première phase d'analyse correspond à la catégorisation prédéterminée des conceptions de la santé. Elle s'inspire des différentes dimensions de la santé (Dintinman & Greenberg, 1983) : santé physique, mentale, sociale, émotionnelle, environnementale. Elle a été complétée par une catégorisation inductive.

Dans une deuxième phase d'analyse, une catégorisation prédéterminée a été réalisée pour faire ressortir la perception de leur état de santé des individus, les raisons du niveau de santé, les croyances, les normes et les opinions en matière de santé.

Limites méthodologiques

Une des principales limites méthodologiques de cette phase de la recherche porte sur le choix d'un échantillon de convenance composé de personnes qui n'ont pas le français ou l'anglais comme langue maternelle. Ces personnes ont été recrutées dans un même lieu de formation. En ce sens, l'échantillon ne cherche pas à être représentatif de toute la population immigrante de Montréal. Le fait pour les immigrants de s'exprimer dans une autre langue que leur langue maternelle est aussi une limite de l'étude. Ainsi, le fait d'interroger des personnes allophones en cours de francisation a peut-être limité leur production discursive due la difficulté des personnes à verbaliser leurs pensées dans une forme plus complexe. Néanmoins le design choisi permet d'assurer une cohérence et une homogénéité du groupe par l'utilisation d'une langue commune au sein d'un collectif réuni dans une perspective et un contexte commun : apprendre le français pour s'intégrer à la société québécoise. L'étude des représentations sociales d'immigrants allophones se heurte à une difficulté méthodologique dans la collecte de données. Ces personnes sont issues de contextes nationaux différents, de cultures différentes et possèdent une langue maternelle différente. Ces différences complexifient l'analyse des RS chez les immigrants allophones, mais traduisent la réalité de ces personnes qui sont unies dans le projet commun d'intégrer la société québécoise.

Je pense qu'il doit y avoir une harmonie entre le physiologique et le psychologique aussi et si la personne a les deux choses ensemble, elle a une bonne santé. Je suis d'accord avec les choses que les personnes ont dit, mais je pense que nous manquons de beaucoup de vocabulaire pour nous exprimer.

Résultats

L'analyse de contenu des verbatim permet de faire ressorti les conceptions de la santé, la perception de l'état de santé et les raisons de cet état. Les analyses permettent aussi de faire ressortir un ensemble de croyance, d'opinions et de normes en matière de santé, de pratique d'activité physique et d'alimentation.

Les conceptions de la santé

L'analyse des définitions de la santé permet de faire ressortir cinq grandes catégories de conception de la santé.

L'analyse avec les catégories prédéterminées permet de montrer que la santé est majoritairement définie d'abord comme un état physique et mental. La définition de la santé se traduit par l'absence de maladie ou de symptômes. Cette conception de la santé rejoint la conception de « santé vide » de Herzlich (1969). La dimension sociale de la santé est moins présente. Le fait d'avoir des relations sociales, d'être intégré socialement revient moins

souvent dans le discours. On retrouve très peu de références aux dimensions émotionnelles et environnementales de la santé.

L'analyse inductive des conceptions à faire ressortir une catégorie « mode de vie » et une catégorie « santé fonctionnelle ». La santé est exprimée par la capacité de réaliser des actions ou à jouer un rôle. On retrouve ici la conception de « fonds de santé » de Herzlich (1969). La catégorie « mode de vie » regroupe une vision de la santé qui se traduit par les actions à réaliser pour être en bonne santé. Ainsi le discours des personnes est rempli de directives qui permettent d'être ou de rester en bonne santé et de ne pas être malade. Cette catégorie rejoint les observations de Flick (2003), Flick et Ronsch (2007) et Murray (2003) avec d'autres populations.

Je crois que la santé c'est une chose de fonctionner bien et il y a des sortes de santé, santé émotionnelle, santé physique, santé mentale et pour arriver au niveau de santé acceptable, je pense, on devrait combiner beaucoup de facteurs, beaucoup de choses. Ça veut dire pour arriver à la santé physique on doit bien nous nourrir, on doit faire de l'exercice. Pour la santé mentale on doit, ... et santé sentimentale, on doit avoir un équilibre des émotions et c'est ça, c'est de bien fonctionner dans un contexte.

L'état de santé et les facteurs déterminants

Les personnes se déclarent très majoritairement en bonne santé. Autrement, les personnes se déclarent en mauvaise santé à cause de troubles ou des maladies. D'autres nuancent leurs propos, car ils se sentent bien à un niveau et mal dans un autre, ce qui renforce l'idée de multi dimensionnalité de la santé (Dintinman & Greenberg, 1983).

On retrouve dans les discours des immigrants une très grande proportion de facteurs individuels pour expliquer leur état de santé. Ces explications se présentent sous la forme d'énumération de moyens qui assurent leur bonne santé et de description de leur état corporel ou mental. Les explications les plus courantes au niveau individuel sont les pratiques alimentaires, avoir ou non des activités physiques et de loisir, la capacité de se reposer, la présence/ absence de maladies et de blessures, la prise de poids, l'utilisation ou non de la restauration rapide, l'âge, la capacité d'utiliser des services de santé, l'absence de consommation de drogues, d'alcool et de cigarettes, l'état d'esprit et le niveau de stress et enfin la capacité de communiquer en français.

On retrouve aussi dans les discours, l'évocation de facteurs sociaux comme les rapports familiaux ou le réseau social restreint pour expliquer l'état de santé. Enfin, des facteurs environnementaux positifs comme l'absence de pollution, la présence de parc et de lieux d'activité, la qualité de l'habitat et le cadre sécuritaire de la société québécoise sont évoqués pour justifier l'état de santé.

Maintenant je pense que je suis en santé, mais quelques fois je me sens malade. Surtout quelques fois, je suis allé à l'hôpital pour examens, bien il n'y a pas de problème, mais quelle soirée je me sens malade, je ne sais pas c'est pourquoi, je pense que c'est normal, on va espérer pour immigration ici au Canada, je n'ai pas d'amis, pas de parents, seulement quatre personnes dans la maison, il y a peu d'activités pour moi, je pense que ça, c'est malade pour les immigrants.

(...) je ne peux sortir et le pire des deux est-ce que ça ne dépend pas d'efforts de la personne, mais je dépends des autres parce que je ne peux pas trouver de travail ici, je ne peux pas commencer à travailler, je dois rester, voir un emploi, ça ne dépend pas de moi, je ne peux rien changer et je me sens comme une autre personne parce que j'étais habituée à vivre, je travaillais, je gagnais de l'argent et je vivais comme une personne indépendante. Je ne suis pas indépendante ici, je ne peux vivre, je ne peux faire absolument rien. C'est la situation vraiment très, très mal et on se sent éloignée de son pays, de toute la famille, on est seule et sans amis parce que les gens ici ne comprennent pas qu'on peut avoir ces problèmes. Ils ne comprennent pas.

Comme la sécurité en Haïti ce n'est pas bon parce qu'il y a toujours beaucoup de violence, mais ici non je dors bien parce que quand j'étais en Haïti j'ai mal dormi parce que je pensais toujours à la sécurité, mais ici je dors bien, je mange plus qu'en Haïti.

Toutes les raisons données pour expliquer leur état de santé à permis aussi de mettre en évidence des croyances, des normes et des opinions.

Les croyances, normes et opinions

Les personnes ont exprimé un grand nombre de croyances au travers des entrevues. La plupart de ces croyances étaient liées à la santé. Les personnes ont exprimé des croyances sur le côté bénéfique ou non pour la santé de leurs pratiques alimentaires et de leurs pratiques d'activité physique

Les croyances au niveau de l'alimentation se divisent en deux. On retrouve des croyances sur les vertus bénéfiques ou néfastes des aliments pour la santé. On constate que les croyances positives sont liées aux propriétés des aliments qui ont (ou non), suivant les personnes, des vertus pour la santé. L'aliment porte ainsi « intrinsèquement » la qualité d'être sain pour la santé, plus que la proportion ou l'équilibre de sa consommation. Il en est de même pour le caractère néfaste. La qualité, d'être néfaste pour la santé, est liée aux aliments et aux types de transformation dont ils font l'objet, par exemple dans le cas de la restauration rapide. Ainsi, tel aliment ou tel type de restauration est mauvais pour la santé. Il n'y a pas de nuance sur l'influence de la fréquence de consommation ou de préparation des aliments. On retrouve une croyance plus spécifique au niveau du cholestérol. Ainsi le fait qu'un aliment contienne du cholestérol engendre le fait d'être mauvais pour la santé. Les croyances sur l'effet de l'activité physique sur la santé sont quasi exclusivement d'ordre bénéfique. Dans une moindre mesure, d'autres croyances sont exprimées sur des pratiques néfastes pour la santé comme être sédentaire et utiliser l'informatique.

Mais le kéfir c'est plus, pour santé c'est plus bon

Parce que quelque chose de bon pour ta santé, il y a beaucoup de personnes, je connais beaucoup des enfants aussi, tout le temps dans le McDonald, pizza, ce n'est pas bon pour la santé

Les crevettes, parce que mon mari aime beaucoup les crevettes, les crêpes, maintenant il a du cholestérol

J'aime la viande égal aux légumes, parce que moi je mange beaucoup la viande aussi, mais il faut contrôler, parce que si vous mangez trop de viande il va avoir du cholestérol et ce n'est pas bon pour la santé aussi.

Je pense que selon moi c'est pour le yoga, pour faire de l'exercice c'est le yoga, pour le cœur parce que ça baisse la pression, abaisser la pression et faire le yoga, pour l'humeur, pour le calme je pense que c'est très bon parce que j'ai arrivé ici, j'étais fâchée facilement plusieurs fois, mais je fais le yoga ça calme, ça m'a aidé beaucoup, je pense que pour la santé faire ça, faire un peu de ménage c'est pour pratiquer physiquement

Pour normal, pour personne comme ça, c'est huit heures, de coucher huit heures c'est très bon, pour les enfants c'est plus dix heures, onze heures, c'est comme ça. Maintenant beaucoup de personnes sur ordinateur, ne dorment pas, ce n'est pas bon pour la santé

Je marchais, oui, jamais je n'ai eu problème avec des kilos et c'est ça, mais quand je viens ici tout est avec voiture, j'ai grossi bien sûr, j'ai grossi beaucoup (...). Voiture c'est grave problème, mais sans voiture ici c'est comme sans jambes, c'est comme ça

La vie a changé beaucoup ici parce que maintenant, c'est la même chose qui est arrivée. La vie ici c'est sédentaire, ça veut dire qu'il y a beaucoup de jeux électroniques pour les enfants et rester beaucoup de temps en face de la télévision pour jouer, mais ne rien faire d'activités physiques

Ces discours illustrent que les personnes possèdent des normes d'activité physique en lien avec leur croyance. Ces normes se présentent sous forme de description des activités à faire et parfois la durée des activités (ex : il faut bouger 30 min). Ces normes en activité physiques s'accompagnent également de normes en alimentation. Il semble important de faire la cuisine quotidiennement à la maison et d'utiliser au minimum les plats préparés ou congelés. Il semble important aussi de continuer à cuisiner selon le modèle alimentaire pré migratoire. On retrouve des obligations comme manger (du pain, du riz) ou ne pas manger certains aliments (viande, porc, gras, alcool, aliments surgelés). Ces normes semblent être en lien avec les croyances sur les bienfaits ou les méfaits des aliments et des pratiques culinaires pour la santé. Il semble important pour certains de manger frais, pas d'aliments surgelés, et de ne pas manger les mêmes choses tous les jours. Ces normes exprimées sont le témoin d'une socialisation alimentaire prémigratoire, mais aussi d'éléments récurrents dans les RS de l'alimentation : la fraîcheur, la variété, le « fait à la main », préparé par la mère, manger en famille, etc. Elles sont un moyen aussi un moyen de conserver une part de son identité d'origine (Jovchelovitch & Gervais, 1998).

Mais avant quand j'étais dans mon pays, je marchais chaque jour de ma maison à mon travail et c'était quand même deux, trois kilomètres à pied et avec aller-retour ça fait 5-6 kilomètres par jour et c'était bien, mais maintenant je viens en auto et après je m'en vais en auto aussi et après ça le parc est très proche de notre maison, ça fait 200 mètres, ce n'est pas suffisant

Pour le cœur aussi. Le matin je fais les exercices peut-être 30 minutes, tous les matins, après le repas du soir, l'été je marche à pied peut-être 30 minutes, une heure, dans l'automne il fait froid je fais exercice avec la bicyclette à la maison. Avant je suis souvent dans l'Internet, maintenant fini, peut-être 30 minutes maximum.

Chez moi c'est moi qui fais la cuisine, cuisiner tous les jours. Tous les jours je dois préparer tous les lunches pour mes enfants, pour moi, pour mon mari aussi. C'est ça, je suis très occupée tous les jours pour préparer la nourriture. Chez moi je mélange, la cuisine chinoise parce que mes enfants aiment le spaghetti, la pizza, mais une semaine je mélange trois ensemble, le chinois, quelques fois spaghetti pour mes enfants, (...)

Cuisine aujourd'hui, mange aujourd'hui, oui c'est ça. Ça c'est important pour le goût, pour la santé, pour les vitamines, toutes choses c'était très important et plus j'ai utilisé l'huile d'olive, c'est très bon pour la santé aussi

Les discours a permis de sortir un grand nombre d'opinions des immigrants sur la nourriture et l'alimentation en général au Canada. La première opinion qui ressort le plus souvent c'est le caractère plus ou moins dispendieux de la nourriture. Ensuite un grand nombre d'opinions ont été exprimées sur le caractère artificiel et chimique de la nourriture au Canada et du caractère plus naturel dans le pays d'origine. Cette opinion est exprimée aussi par la vision néfaste des produits gelés. Le fait que les produits soient souvent surgelés au Québec revient souvent dans le discours. Ils expriment des opinions sur la différence ou la similarité au niveau du goût (généralement moins bon au Canada), du caractère différent ou similaire, du caractère sain ou néfaste des aliments. Il ressort des discours que les participants apprécient la grande diversité des aliments que l'on peut trouver à Montréal et au Québec. L'offre alimentaire est souvent plus importante, plus diversifiée que dans le pays d'origine et reste constante toute l'année. Par contre, les aliments n'ont pas la même qualité gustative et sont souvent jugés suspects parce que le goût ne correspond pas à ce qui était familier. La restauration rapide est assimilée comme une particularité du mode de restauration du Canada et de l'Amérique du Nord. L'analyse des discours des participants montre la récurrence d'un jugement négatif, voire d'une franche hostilité à l'égard de ce mode de restauration..

(La) situation avec la nourriture, c'est presque la même chose qu'en Ukraine, mais je pense qu'ici il y a beaucoup de la nourriture et cette nourriture n'est pas naturelle, c'est le résultat de travail décevant. Je pense que c'est la structure de ce produit ont changé, utilise les technologies, génétiques

Moi mon alimentation n'a pas changé parce que je cuisine presque la même chose que dans mon pays, mais le goût c'est changé beaucoup parce que ce n'est pas la même chose. Dans mon pays c'est plus naturel, ici c'est tu as les légumes, les fruits, la viande, ce n'est pas la même chose, ça n'a pas un bon goût

Bonne qualité, mais pas très cher. Je suis d'accord avec mes collègues. Mais le plat que je mange il reste la même façon, grâce à ma belle-mère qui habite ici qui cuisinait chaque jour et invitait nous dans sa famille. Oui je sais, dans notre pays les produits sont naturels et ici c'est un petit peu pas bon goût, mais si tu veux manger les melons d'eau, tu peux acheter. Dans notre pays tu peux acheter c'est deux mois seulement chaque année

Ces différents éléments nous permettent de pouvoir organiser la représentation sociale de la santé des participants de l'étude et d'établir des liens avec l'alimentation et l'activité physique.

Tableau 2 - Résultats de l'analyse

Catégories d'analyse	Nombre d'unité d'analyse (UA)
Conception de la santé	
Style de vie	58
santé fonctionnelle	30
Santé physique	41
Santé mentale	43
Santé sociale	8
Statut de santé	
Bon	72
Mauvais	20
Comme ci comme ça	16
Raisons du statut de santé	
Facteur individuel	114
Facteur social	13
Facteur environnemental	20
Croyances relatives à la santé	
Nature bénéfique de l'alimentation pour la santé	19
Nature néfaste de l'alimentation pour la santé	25
Nature néfaste du cholestérol	9
Nature bénéfique de l'activité physique	24
Effets sédentarité et voiture	8
Normes en santé	
Normes en activité physique	15
Normes en alimentation	
Cuisiner soi-même	24
Cuisiner comme au pays d'origine	9
Obligation de consommer un aliment	19
Interdiction de consommer un aliment	7
autres	9
Opinion sur l'alimentation	
<i>La nourriture au Canada est ... que dans mon pays</i>	
Plus ou moins dispendieuse	26
Plus ou moins artificielle	20
Plus ou moins mauvais gout	17
Différent ou similaire	12
Meilleure ou pire	12
Plus de variété de choix	11
Plus fraîche ou surgelé	7
Plus fast-food	6
Plus ou moins santé	5
autres	11

Discussion

Les résultats nous montrent que la RS de la santé revêt différentes formes. Sous forme de produit, elle se manifeste par les conceptions de la santé exprimées, accompagnée de différentes formes de savoirs rattachés à la santé. Toutes ces informations nous permettent de pouvoir d'analyser le processus représentationnel lié aux objets de santé en contexte migratoire au Québec.

La conception de la santé est multidimensionnelle. Elle est surtout centrée sur le côté physique, mental et moins sur les aspects sociaux, émotionnels ou environnementaux. Il ressort des entrevues que les conceptions de la santé des participants accordent une grande importance à l'aspect fonctionnel. La santé est une qualité nécessaire et qui s'entretient pour pouvoir agir. Le dernier aspect de la conception de la santé repose sur le fait qu'elle est le fruit des modes de vie. Il faut observer des règles de conduite de façon régulière afin d'obtenir ou de conserver une bonne santé. Les conceptions de la santé sont donc caractérisées par un côté multidimensionnel, fonctionnel, et relevant de la responsabilité individuelle. L'importance des modes de vie force à établir des liens avec les représentations de l'activité physique et de l'alimentation. Pour comprendre la RS de la santé, il est important dans ce contexte de comprendre les RS de l'alimentation et de l'activité physique, source des modes de vie des individus.

L'activité physique est perçue essentiellement au travers des activités de loisir et sportives (marche, randonnées, jardinage, soccer, etc.). La notion d'activité physique est plus liée à ces types d'activités qu'aux activités de travail ou de transport. L'explication des pratiques montre que l'idée de dépense d'énergie est présente dans la notion d'activité physique. Il ressort que la source principale de dépense d'énergie des individus passe par des activités de loisir et non par les activités de travail ou de transport. Cette vision de l'activité physique correspond aux messages de santé publique que l'on retrouve en occident. La dépense d'énergie doit être réalisée dans le cadre des activités de loisir de façon volontaire, pour compenser le déficit de dépense d'énergie accumulé dans les activités de travail et de transport. L'évolution des sociétés occidentales au 20^e siècle a amené à réduire la dépense d'énergie des activités de travail et de transport à l'origine d'une transition nutritionnelle (Poulain, 2009, p. 55).

La perception de l'alimentation renvoie à une comparaison constante entre le pays d'origine et le pays d'accueil. On retrouve généralement une attitude négative vis-à-vis de la qualité et du coût de l'alimentation au Québec. Par contre, les personnes expriment une attitude positive quant à la diversité, la disponibilité, la constance et le caractère interculturel de l'offre alimentaire au Québec. Cette comparaison constante entre l'offre alimentaire et les pratiques alimentaires du Québec, et celles du pays d'origine est la base du processus représentationnel de l'objet santé chez les immigrants.

Le processus représentationnel des immigrants est au centre d'un conflit entre la société d'origine et la société d'accueil. Le processus migratoire nécessite une négociation constante entre les valeurs, les modes de vie prescrits et les connaissances acquises par expériences dans ces deux sociétés (Meadows, Thurston, & Melton, 2001). On assiste à une négociation identitaire entre être « une personne de là-bas » et « être une personne d'ici ». Cette négociation identitaire va amener l'adoption de différentes stratégies d'adaptation au pays d'accueil. Suivant le modèle de Berry (1984), on retrouve quatre stratégies d'acculturation. Le modèle repose sur deux axes perpendiculaires symbolisant l'adoption (ou

non) de la culture locale et la conservation (ou non) de la culture d'origine. La stratégie de marginalisation implique le rejet des deux cultures. La stratégie de séparation implique le maintien de la culture d'origine et le rejet de la culture d'accueil. La stratégie d'assimilation implique le rejet de la culture d'origine et le maintien de la culture d'accueil. Enfin, la stratégie d'intégration implique le maintien des deux cultures. Le processus migratoire amène les immigrants à se définir une nouvelle identité vis-à-vis des personnes au Québec, mais aussi vis-à-vis des personnes aux pays d'origine. Ils sont plus ou moins un étranger dans le pays d'accueil et dans le pays d'origine. Cette situation de négociations identitaire amène un mécanisme *d'enchantement* et de *désenchantement* au niveau des croyances et opinions exprimées. L'alimentation ethnique, objets identitaires forts et faciles d'accès en contexte montréalais traduit bien ce mécanisme. L'alimentation est souvent perçue comme de meilleure qualité, ayant plus de goût, plus naturelle, moins artificielle que dans le pays d'origine. On assiste par le mécanisme d'enchantement à une idéalisation des objets du quotidien notamment ceux du pays d'origine. Au contraire, le mécanisme de désenchantement traduit la confrontation à la réalité, non conforme aux idéaux espérés. Les difficultés rencontrées lors de l'intégration à la société québécoise, en termes de reconstitution de réseaux sociaux, d'accession à des conditions socio-économiques décentes, d'accès à la consommation de biens et services, peuvent expliquer ce mécanisme. Ces mécanismes d'enchantement et de désenchantement sont des formes de protection pour combler les différences entre idéaux espérés et réalité vécue lors du processus migratoire. Ces mécanismes sont très présents au niveau de l'alimentation, mais aussi lors des récits sur les expériences avec le système de santé québécois. Ces résultats d'analyse, non présentés dans l'article, montrent les difficultés à accéder aux services de soins, dus notamment à l'engorgement des services de premières lignes et aux difficultés de trouver un médecin de famille. Les personnes présentent notamment des stratégies d'auto médication et de consultations des professionnels dans le pays d'origine pour combler les besoins de soins. Quand Herzlich (1969) illustre un conflit entre urbain-malsain et rural-sain, nous retrouvons un conflit de même ordre, mais entre pays d'accueil-malsain, et pays d'origine-sain. Il semble qu'il y ait un besoin d'idéaliser le passé, pour mieux accepter l'expérience du présent. Toutes ces informations nous permettent d'établir des obstacles et des opportunités à l'adoption de saines habitudes de vie par les immigrants.

Plusieurs éléments de la RS de la santé peuvent être interprétés comme des facteurs de protection à l'adoption de SHV. L'attitude négative envers le fast-food qui a été souvent exprimé, la volonté de conserver des normes alimentaires (manger ce que l'on cuisine, chez soi) et des formes de cuisine traditionnelle (attitude négative envers les surgelés et les plats préparés) semble être un facteur de protection au niveau alimentaire. Le fait de ne pas vouloir utiliser l'offre alimentaire hors foyer, très abondante au Québec, peut permettre de mieux contrôler les quantités et la nature des aliments ingérés lors des repas. Elle permet aussi de minimiser la perte d'expertise culinaire (Health Canada, 2010 ; Larson, Perry, Story, & Neumark-Sztainer, 2006) qui se développe chez la population québécoise et dans les pays industrialisés plus largement. La conception de l'activité physique comme activité de loisir révèle l'intégration de l'organisation du temps en occident avec la dichotomie travail loisir qui n'existe pas dans certaines cultures traditionnelles (Stack & Iwasaki, 2009). On retrouve la présence du message de prévention des problèmes de poids conforme au plan de développement des SHV du Québec, qui centre son action sur une augmentation de l'activité physique de loisir et la promotion de valeurs sociales favorable à la santé. Il n'est pas

possible de dire si cette présence est due aux actions de prévention menées au Québec ou au pays d'origine.

D'autres éléments apparaissent être plus des facteurs de risques à l'adoption des SHV. L'acceptation plus rare du fast-food et des modes d'alimentation qui sont prévalents au Québec (Health Canada, 2010), témoin d'une stratégie d'assimilation ou d'intégration, risque d'entraîner des problématiques déjà observées chez les natifs (surconsommation alimentaire, consommation d'aliments et boissons hypercaloriques, alimentation hors foyer, perte de l'expertise culinaire). De plus, l'acceptation de la norme sociale locale qui accorde une place importante à posséder une voiture, peut aller à l'encontre de pratiques de transport actif que possédaient certains immigrants. La voiture en tant que symbole d'intégration, de réussite socio-économique et d'accession à la société de consommation québécoise va avoir une conséquence sur le recours aux transports actifs. Les individus dont la dépense énergétique était liée aux activités de transport dans leur pays d'origine présentent un risque de développement d'une problématique de santé en lien avec le poids dû à l'adoption de pratique de transport passif en voiture.

Conclusion

L'analyse de la RS de la santé chez ces immigrants permet d'apporter des conclusions au niveau des opportunités et obstacles à adopter les SHV. Les conceptions de la santé montrent une vision de la santé multidimensionnelle, fonctionnelle et de l'ordre de la responsabilité individuelle. La santé s'acquiert par un mode de vie sain qui fait ressortir la représentation de l'alimentation et de l'activité physique chez les personnes interrogées. La RS de la santé semble s'organiser comme un méta système représentationnel qui contiendrait d'autres RS comme l'alimentation et l'activité physique. Ces représentations s'organisent autour de plusieurs composants comme les croyances, les opinions, et les normes. L'analyse de ces composants montrent le conflit de valeur et de mode de vie entre pays d'origine et pays d'accueil que doivent résoudre les immigrants. Elle montre aussi la négociation identitaire des immigrants, nécessaire au processus d'acculturation dans le nouveau pays. La comparaison incessante entre société d'accueil et société d'origine engendre une évolution des représentations sociales. Le contenu représentationnel notamment les croyances et les opinions subissent des mécanismes d'enchantement et de désenchantement. Les immigrants doivent évaluer ce qui est mieux ou moins bien pour se situer vis-à-vis de la société d'accueil et de la société d'origine afin de se recréer une identité spécifique « pas vraiment d'ici, plus vraiment de là-bas ». L'évolution des représentations en lien avec la santé représente des facteurs de protection et de risques pour l'adoption des SHV. L'adoption du mode de vie québécois par les immigrants à ses propres habitudes de vie personnelles risque d'engendrer une modification des pratiques d'activité physique et d'alimentation qui auront une répercussion sur la santé. Il est important d'accompagner ces populations dans la transformation de leur mode de vie. Cet accompagnement doit tenir compte de l'hétérogénéité de la population immigrante au niveau des différentes variables socio démographiques. L'intervention de santé populationnelle au niveau des immigrants représente un défi complexe pour allier efficacité et éthique au regard de la diversité des modes de vie originels de ces personnes.

Enfin, les choix de politiques en matière de sélection des immigrants du gouvernement du Québec semblent donner des résultats plus que discutables du point de vue de

l'intégration des professionnels, que la province a accueillis depuis les 15 dernières années. En revanche, les représentations sociales de la santé que présentent ces populations hautement scolarisée et qualifiée sont, semble-t-il, tout à fait compatibles avec les représentations axées sur les habitudes de vie et l'adoption de saines habitudes, mise en avant par les autorités de santé publique.

Références

- Abric, J-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Berry, J. W. (1984). Multicultural policy in Canada : a social psychological analysis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 16, 353-370.
- Bovina, I. B. (2006). Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes russes: "force" versus "faiblesse". *Papers on social representations*, 15, 5.1-5.11. Retrieved from http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2006/15_05Bov.pdf.
- Citizenship & Immigration Canada. (2012). *Immigration overview: permanent and temporary residents*. Retrieved from <http://www.cic.gc.ca/english/resources/statistics/facts2010/permanent/01.asp>.
- Crespo, C. J., Smit, E., Carter-Pokras, O., & Andersen, R. (2001). Acculturation and Leisure-Time Physical Inactivity in Mexican American Adults: Results From NHANES III, 1988–1994. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1254-1257.
- De Maio, F. G., & Kemp, E. (2009). The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Global Public Health*, 5(5), 462-478.
- Dintiman, G. B., & Greenberg, J. S. (1983). *Health through discovery* (2nd ed.). Ont.: Addison-Wesley.
- Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, XLV(405), 189-195.
- Echebarria Echabe, A., Guillen, C. S., & Ozamiz, J. A. (1992). Representations of health, illness and medicines: coping strategies and health-promoting behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 339-349.
- Evenson, K. R., Sarmientoa, O. L., & Ayala, G. X. (2004). Acculturation and physical activity among North Carolina Latina immigrants *Social Science & Medicine*, 59(12), 2509-2522.
- Flick, U. (2000). Qualitative Inquiries into Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology*, 5, 315-324.
- Flick, U. (2003). Health in the Context of Growing Old: Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 539-556.
- Flick, U., Fischer, C., Schwartz, F. W., & Walter, U. (2002). Social Representations of Health Held by Health Professionals: the Case of General Practitioners and Home-care Nurses. *Social Science Information*, 41(4), 581-602.
- Flick, U., & Rohnsch, G. (2007). Idealization and Neglect: Health Concepts of Homeless Adolescents. *Journal of Health Psychology*, 12(5), 737-749.
- Garnier, C. (1999). La genèse des représentations sociales dans une perspective développementale. In M.-L. Rouquette & C. Garnier (Eds.). *La genèse des représentations sociales* (pp. 87-113). Montréal: Éditions nouvelles.
- Health Canada. (2010a). *Migration Health: Embracing a Determinants of Health Approach*. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/pdf/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr-eng.pdf.
- Health Canada. (2010b). *Improving Cooking and Food Preparation Skills A Profile of Promising Practices in Canada and Abroad*. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/nutrition/child-enfant/cfps-acc-profil-aperçu-eng.pdf.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton.

- Jodelet, D. (1989). Les représentations sociales : un domaine en expansion. In D. Jodelet. (Ed.). *Les représentations sociales* (pp. 47-78). Paris: Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2002). Perspective d'étude sur le rapport croyances/représentations sociales. *Psychologie et société*, 5, 157-178.
- Jodelet, D. (2006). Représentation sociale. In S. Mesure & P. Savidan (Eds.). *Le dictionnaire des sciences humaines* (pp. 1003-1005). Paris, Presses universitaires de France.
- Jovchelovitch, S., & Gervais, M.-C. (1998). Health and identity: the case of the Chinese community in England. *Social Science Information*, 37(4), 709-729.
- Jutras, S., & Bisson, J. (1994). La conception de la santé chez des enfants de 5 à 12 ans. Quelques clés pour la promotion de la santé. *Sciences sociales et santé*, XII(2), 5-37.
- Larson, N. I., Perry, C. L., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Food preparation by young adults is associated with better diet quality. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(12), 2001-2007.
- Meadows, L. M., Thurston, W. E., & Melton, C. (2001). Immigrant women's health. *Social science & medicine*, 52(9), 1451-1458.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Investir pour l'avenir*. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-08W.pdf>.
- Ministère de l'immigration et des communautés culturelles. (2012). *L'immigration permanente au Québec selon les catégories d'immigration et quelques composantes 2006-2010*. Retrieved from http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Portraits_categories_2006_2010_1.pdf.
- Murray, M. (2003). Social Representations of Health and Illness among « Baby-boomers » in Eastern Canada. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 485-499.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris: Presses universitaires de France.
- Poulain, J.-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rateau, P., Ernst-Vintilla, A., & Delouvé, S. (2012). Michel-Louis Rouquette et le modèle de l'architecture de la pensée sociale. *Psicologia e saber social*, 1(1), 53-65.
- Rouquette, M.-L. (1994). *Sur la connaissance des masses essai de psychologie politique*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Rouquette, M.-L. (1998). *La communication sociale*. Paris: Dunod.
- Seca, J.-M. (2010). *Les représentations sociales* (2nd ed.). Paris : Armand Colin.
- Setia, M., Quesnel-Vallee, A., Abrahamowicz, M., Tousignant, P., & Lynch, J. (2009). Convergence of body mass index of immigrants to the Canadian-born population: evidence from the National Population Health Survey (1994–2006). *European Journal of Epidemiology*, 24(10), 611-623.
- Stack, J. A. C., & Iwasaki, Y. (2009). The role of leisure in adaptation processes among afghan refugees who have immigrated to winnipeg, Canada. *Leisure Studies*, 28(3), 239-259.
- Stodolska, M. (2000). Changes in Leisure Participation Patterns After Immigration. *Leisure Sciences*, 22(1), 39-63.
- Tarde, G. (1901). *L'opinion et la foule*. Paris: Presses universitaires de France.
- Tremblay, M. S., Bryan, S. N., Pérez, C. E., Ardern, C. I., & Katzmarzyk, P. T. (2006). Physical Activity and Immigrant Status. Evidence from the Canadian Community Health Survey. *Canadian journal of public health*, 97(4), 277-282.

Apresentação: 05/06/2013
Aprovação: 20/07/2013