

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
CENTRE – URBANISATION CULTURE SOCIÉTÉ**

**VILLE, VILLAGE, BANLIEUE : QUELLES DIFFÉRENCES QUAND VIENT
LE TEMPS DE DONNER DU SANG ?**

Par

Élianne CARRIER

Bachelière ès sciences, B.A.

Mémoire présenté pour obtenir le grade de

Maître ès sciences, M.Sc.

Maîtrise en études urbaines

Programme offert conjointement par l'INRS et l'UQAM

Mai, 2013

Ce mémoire intitulé

**VILLE, VILLAGE, BANLIEUE : QUELLES DIFFÉRENCES QUAND VIENT
LE TEMPS DE DONNER DU SANG?**

et présenté par

Élianne CARRIER

a été évalué par un jury composé de

Mme Marie-Soleil CLOUTIER, directrice de recherche, INRS

Mme Sandra BREUX, examinatrice interne, INRS

Mme Kareen NOUR, examinatrice externe, Université de Montréal

À Gus et Mimi,

RÉSUMÉ

Une précédente étude, sur la géographie du don de sang au Québec, a démontré qu'il y a des variations dans le nombre de dons selon les régions (Cloutier, Apparicio et Charbonneau, 2011). En se basant sur ces résultats, l'objectif de ce projet est d'étudier les particularités des donneurs de sang selon leur milieu de vie à savoir si la dichotomie entre les milieux ruraux et urbains sont toujours actuels et qu'en est-il pour les habitants de la banlieue? Afin de répondre à ces interrogations, nous avons fait des entretiens avec plus de 50 donneurs de sang à travers différentes régions pré-déterminées du Québec. Nous avons analysé leurs réponses à travers un modèle intégrant des notions de comportements de santé basées sur le modèle structurel de Cohen et al. (2000) et d'attachement au lieu selon le modèle tridimensionnel de Scannell et Gifford (2010). Nos résultats démontrent que, de façon générale, les modes de vie associés à chaque milieu tendent à influencer les donneurs de sang. Cela peut se traduire principalement sur le temps accordé au don de sang. Pour les ruraux, les collectes de sang sont souvent perçues comme un événement. Le nombre de sollicitations pour différentes causes chez les urbains fait en sorte qu'ils repoussent souvent le don de sang soit par manque de temps ou simplement par oubli. Les banlieusards quant à eux, se caractérisent par l'importance qu'ils accordent à leur famille. De ce fait, le don de sang doit s'imbriquer avec leur routine familiale.

Mots-clés : don de sang, urbain/rural, banlieue, comportement de santé, attachement au lieu

ABSTRACT

A previous study describing the geodemographic portrait of blood donation in Quebec confirms that blood donation varies according to the different regions, despite their population density and the mean distance to collection sites (Cloutier, Apparicio et Charbonneau, 2011). Following these results, the aim of this project is to explore what is particular about donors in each milieu: Is the usual dichotomy between rural and urban donors still relevant? What about the donors living in suburbs? In order to answer those questions, we interviewed 56 donors, either active or non-active for the past three years in several pre-determined regions of Quebec (urban, rural, suburbs). We then analysed their answers under an original model integrating notions of 1) health behaviour from the Cohen et al. (2000) structural model and 2) place attachment from the Scannell and Gifford (2010) tripartite model. Results demonstrate that, despite an uneven distribution of “physical” structure and time frame to collect blood all around the province, the values associated with territorial belonging might have an influence on donors. Our results demonstrate that, in a general way, the lifestyles associated to every environment tend to influence the blood donors. It is suggest important differences between these settings related to the influence of social structures (very strong in rural environment), physical structures (very strong in all environments, but in different ways), and place attachment (very strong in rural and urban settings).

Keywords: blood donation, urban/rural, suburbs, health behaviour, place attachment

AVANT-PROPOS

En 2009, un premier rapport sur la géographie du don de sang a été effectué et les différents constats qui en ont ressortis ont poussé les chercheurs à vouloir approfondir ces thèmes. C'est ainsi qu'à été proposé ce présent projet sur les *milieux de vie*. L'objectif de ce projet était d'approfondir l'étude des variations géographiques en fonction d'une typologie des milieux de vie au Québec. Ce présent mémoire s'insère dans le cadre de ce projet et ces travaux ont été effectués dans le cadre de la programmation de la Chaire de recherche sur les aspects sociaux du don de sang, financé par Héma-Québec et la Fondation Héma-Québec.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche Marie-Soleil Cloutier qui m'a proposé d'embarquer dans ce projet à l'été 2010 et qui m'a ainsi donner une chance que d'autres chercheurs n'auraient pas fait. Elle m'a fait confiance dès le début du projet et n'a pas hésité à m'encourager à le présenter à l'étranger ce qui m'a profondément touché. Je crois avoir eu une directrice unique en son genre, qui est terre à terre et qui ne vit pas dans un bureau en bulle de verre. Elle a été un guide, un pivot et une référence pour moi tout au long de ce processus de recherche. Merci !

Je voudrais dire un merci spécial à Mylène Riva pour son appui à Durham. Elle a su faire preuve d'écoute et a rassurée cette fille qui venait pour la première fois fouler le sol européen. Merci !

Je remercie particulièrement mes collègues de l'INRS qui ont rendu cette expérience d'autant plus agréable. Je remets la palme du meilleur collègue à Julien qui a été un voisin de bureau exemplaire. J'ose espérer qu'avec les heures que nous avons passé à nous côtoyer, je suis devenue plus qu'une collègue à ses yeux. Je souhaite aussi souligner la présence de Laurence pendant la première année lorsqu'elle errait au troisième n'ayant pas de bureau. Cette période nous a offert de nombreux fous rires en travaillant trop tard sur nos TP de méthodes quantitatives. Merci à tous mes autres collègues qui ont rendu chacun à leur manière cette expérience unique et plaisante jusqu'à la fin.

Bien entendu je remercie mes parents pour leur soutien inconditionnel, leurs nombreux encouragements et leur amour. Je remercie Marie Pier et Christina mes confidentes pour leur amitié et leur support. Finalement je remercie Mathieu, mon collègue de bureau qui est devenu mon amoureux. Il a été pour moi une inspiration et une source d'encouragements incomparables. Il m'a aidé à trouver la motivation nécessaire à chaque matin en s'assurant que le cadran allait bien sonner et il a fait preuve d'une patience exemplaire. Mathieu a été pour moi un phare, me guidant jusqu'à la fin de ce marathon intellectuel sans qui, le processus aurait été beaucoup plus pénible. Merci !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XII
LISTE DES FIGURES	XIII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....	5
1.1 L'influence de l'environnement sur la santé.....	5
1.1.1 Notion de santé et ses déterminants	5
1.1.2 L'environnement physique et social comme déterminant de la santé	7
1.1.3 Réseaux sociaux et santé	9
1.2 Le don de sang : description, besoin, motivations, restrictions	11
1.2.1 Dissuasions et motivations du don de sang	11
1.2.2 Donner du sang, un geste altruiste ?.....	14
1.2.3 Les variations géographiques du don de sang	15
1.3 Questions de recherche.....	16
1.4 Les objectifs en lien avec la question de recherche	17
1.5 Les hypothèses de recherche	17
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	19
2.1 Comportement de santé : définition.....	19
2.2 Les modèles théoriques expliquant les comportements en lien avec la santé.....	20
2.2.1 Les modèles de comportement basés sur l'individu	20
2.2.2 L'application des modèles basés sur l'individu dans les travaux sur le don de sang	25
2.2.3 Les modèles écologiques du comportement	28
2.3 Les milieux de vie à l'étude	32
2.3.1 La ville	32

2.3.2 La campagne	33
2.3.3 La banlieue	33
2.4 L'attachement au lieu	34
2.4.1 Définition du lieu	34
2.4.2 Le concept de l'attachement au lieu	35
2.4.3 Modèles théoriques de l'attachement au lieu	38
2.5 Modèle conceptuel des déterminants de la pratique du don de sang selon les milieux	45
CHAPITRE 3 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	49
3.1 Le territoire à l'étude	49
3.2 Le choix de l'entretien semi-dirigé comme méthode de collecte.....	52
3.3 Description de l'échantillon.....	52
3.4 Thèmes et guide d'entretiens	54
3.5 Outils d'analyse et traitement de données	56
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS.....	59
4.1 Description des facteurs structurels et aspects individuels du don de sang.....	59
4.1.1 Les structures sociales.....	59
4.1.2 Les structures physiques	61
4.1.3 Disponibilité des produits du sang.....	65
4.1.4 Les messages culturels et médiatiques.....	69
4.1.5 Effets sur la santé personnelle	71
4.2 Description des dimensions de l'attachement au lieu	72
4.2.1 Les processus psychologiques	72
4.2.2 Les caractéristiques du lieu.....	77
4.3 Comparaison des facteurs structurels entre les milieux.....	79
4.3.1 Les structures sociales.....	79

4.3.2 Les structures physiques	81
4.3.3 La disponibilité des produits du sang	83
4.3.4 Les messages médiatiques et culturels.....	85
4.3.5 Effets sur la santé personnelle	87
4.4 Comparaisons des dimensions de l'attachement au lieu entre les milieux	90
4.4.1 Les liens affectifs envers le lieu de résidence	90
4.4.2 Les éléments cognitifs.....	91
4.4.3 Les comportements individuels	92
4.5 Comparaisons des caractéristiques des milieux de vie	93
4.5.1 Les dimensions physiques du lieu.....	93
4.5.2 Les dimensions sociales du lieu.....	94
4.6 APPLICATION DU MODÈLE POUR CHAQUE MILIEU.....	95
4.6.1 Description de l'application du modèle d'analyse pour la campagne	95
4.6.2 Description de l'application du modèle d'analyse pour la banlieue	98
4.6.3 Description de l'application du modèle d'analyse pour la ville	99
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	103
5.1 La forte influence de la communauté sur le don de sang	104
5.2 Le manque de temps comme frein au don de sang	105
5.3 Donner en prévision d'avoir besoin un jour : un don égoïste ?.....	107
CONCLUSION	109
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN UTILISÉ POUR L'ÉTUDE.....	111
BIBLIOGRAPHIE.....	115

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les cinq dimensions de l'environnement social et leur impact sur la santé	8
Tableau 2 : Stades de changements du modèle transthéorique	24
Tableau 3 : Processus de changements impliqués lors d'un changement de stade.....	25
Tableau 4 : Variables utilisées dans la typologie des MRC.....	49
Tableau 5 : Résultats de la typologie des MRC	50
Tableau 6 : Répartition de l'échantillon final	53
Tableau 7 : Distribution démographique des participants	53
Tableau 8 : Grille utilisée pour l'analyse de données.....	57
Tableau 9 : Résumé des influences de chaque dimension selon le milieu de vie	103

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle des principaux déterminants de la santé selon Dahlgren et Whitehead (1991) adapté par Berghmans (2009).....	6
Figure 2 : Déterminisme réciproque de Bandura (1986)	21
Figure 3 : Modèle de la théorie sociale cognitive (2001).....	22
Figure 4 : Modèle de la théorie du comportement planifié	23
Figure 5 : Modèle élaboré par Godin (2005).....	27
Figure 6 : Les systèmes selon Bronfenbrenner (1979)	29
Figure 7 : Structures étudiées dans le modèle de Cohen <i>et al.</i> (2000).....	29
Figure 8 : Modèle structurel de Cohen <i>et al.</i> (2000).....	31
Figure 9 : Représentation de l'attachement au lieu selon Gustafson (2001)	40
Figure 10 : Modèle définissant l'attachement au lieu selon Scannell et Gifford (2010).....	43
Figure 11 : Modèle conceptuel des déterminants de la pratique du don de sang selon les.....	46
Figure 12 : Localisation géographique de l'étude.....	51
Figure 13 : Les motivations selon le type de milieu de vie	80
Figure 14 : Les contraintes relevées en fonction des structures physiques.....	81
Figure 15 : La représentation de la perception d'une pénurie selon le milieu	84
Figure 16 : La caractérisation de la perception de l'entourage des participants au don de sang	86
Figure 17 : Les effets bénéfiques perçus sur la santé physique.....	88
Figure 18 : Les effets négatifs perçus sur la santé physique	88
Figure 19 : Effets perçus sur la santé mentale.....	89

Figure 20 : Fréquence de déménagement.....	90
Figure 21 : Identification personnelle à un type de milieu	92
Figure 22 : Implication et bénévolat des répondants.....	93
Figure 23: Représentation du chez soi	94
Figure 24 : Proximité de la famille ou des amis du lieu de résidence des répondants.....	95
Figure 25 : Application du modèle d'analyse pour la campagne	97
Figure 26: Application du modèle d'analyse pour la banlieue	99
Figure 27: Application du modèle d'analyse pour la ville.....	100

INTRODUCTION

La discipline des études urbaines a principalement émergé lors de la seconde moitié du 20^e siècle. Plusieurs auteurs se sont alors interrogés sur les facteurs sociaux, économiques et techniques qui ont permis le développement de la ville. Pour certains, la ville a ainsi été façonnée par une concentration d'éléments techniques, de même que financiers, permettant de favoriser l'innovation et la productivité (Mumford, 1964). Une densité de population considérable dans un territoire a donc accéléré la diffusion d'informations nouvelles et l'association entre les individus (Bairoch, 1985). La ville n'est cependant pas un corps statique et elle s'avère en perpétuel mouvement. Les membres de l'École de Chicago ont par ailleurs souligné l'évolution des villes à l'aide de termes du domaine de la biologie tels que la succession, le métabolisme et le pouls (Burgess, 1925).

Au tournant du 20^e siècle, l'urbanisation a franchi de nouvelles frontières géographiques en raison de l'imbrication de différents facteurs économiques, politiques et techniques. Il en a résulté que de nouveaux territoires se sont développés et ce, parfois loin des villes préalablement établies. Les banlieues, ces nouveaux territoires, ont ainsi constitué un sujet d'analyse prépondérant en études urbaines. Certains auteurs ont porté attention à ce phénomène et plus particulièrement, à l'égard des relations sociales qui se sont tissées entre les citoyens de cette nouvelle typologie territoriale. Une analyse comparative a souvent été utilisée pour mettre en évidence les principales différences au niveau des relations sociales entre les citoyens à l'intérieur des banlieues et des villes. Parmi les auteurs qui ont soulevé les différences entre ces milieux, les écrits de Jane Jacobs (1961), Lewis Mumford (1964) et Arthur Sennett (1970) sont particulièrement évocateurs. Les conclusions se rapportent, pour certains, à l'adoption de comportements ou d'attitudes opposés entre les milieux urbains et les banlieues nouvellement constituées. Le rôle de l'environnement sur le comportement des habitants a été fortement mobilisé dans ces analyses.

Depuis quelques années, l'étude de l'influence des caractéristiques de l'environnement sur les comportements a atteint un nouveau domaine, soit celui de la santé. L'objectif est d'analyser le rôle de l'environnement sur le fait d'adopter des comportements ou des habitudes de vie pouvant avoir une incidence sur la santé ou le bien-être des individus. Ce mémoire de maîtrise s'inscrit dans ce courant de recherche. Son objectif est de déterminer les facteurs d'attachement au lieu et ceux structurels propres à chacun des milieux de vie pour expliquer les disparités géographiques du don de sang au Québec.

Ce mémoire de maîtrise est organisé en cinq parties principales. La première présente tout d'abord quelques notions centrales liées à la discipline de la géographie de la santé. L'ensemble des facteurs liés au don de sang est ensuite évoqué. Les questions, de même que les objectifs et les hypothèses de la recherche sont également présentées dans cette section. Le chapitre 2 met l'accent sur les principaux modèles et théories mobilisés dans le cadre de ce mémoire afin de répondre à la question de recherche et se sous-divise en deux : d'une part nous présentons les modèles théoriques expliquant les comportements en lien avec la santé et d'autre part ceux associés à l'attachement au territoire. Le troisième chapitre porte sur la méthodologie utilisée. Celle-ci décrit le territoire d'étude, l'échantillonnage et le guide d'entretien, de même que les techniques mobilisées pour analyser les résultats des entrevues effectués. La quatrième partie présente les principaux résultats issus des entrevues réalisés. Ensuite, les résultats sont présentés en comparant les milieux ruraux, urbains et des banlieues. La cinquième partie porte sur la discussion des résultats obtenus. La littérature préalablement présentée aux sections 1 et 2 est alors mobilisée afin de faire ressortir les principales causes expliquant les disparités géographiques du don de sang observées selon les milieux de vie. Le dernier chapitre présente les principales retombées et les limites de cette recherche.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre propose de développer la problématique générale ayant mené à notre question de recherche. Deux grands thèmes y seront abordés : l'influence de l'environnement sur la santé, de même que les travaux de nature « sociale » sur le don de sang. Nous présenterons ensuite notre question de recherche, ainsi que les objectifs et hypothèses qui y sont reliés.

1.1 L'influence de l'environnement sur la santé

Avant d'aborder la question du don de sang, il nous apparaît important de présenter brièvement quelques notions en lien avec la santé des individus, incluant ses déterminants (ou facteurs d'influence) individuels et environnementaux.

1.1.1 Notion de santé et ses déterminants

Il est possible de retrouver plusieurs définitions de la «santé» dans la littérature. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) affirme que ce concept vise non seulement l'absence de maladie, mais aussi un état de bien-être physique, social et psychologique (Organisation Mondiale de la Santé, 1946).

Dans le domaine de la santé publique, l'approche axée sur la santé des populations considère la notion de santé comme une capacité ou une ressource, plutôt qu'un état (Agence de santé publique du Canada, 2002). Dans son application canadienne, cette approche a comme objectifs, «d'améliorer l'état de santé d'une population et de réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques» (Agence de santé publique du Canada, 2002). Afin d'atteindre ces objectifs, les décideurs et intervenants en santé doivent tenir compte d'un éventail de facteurs et de conditions qui ont une influence tant directe qu'indirecte sur la santé des individus. Ces facteurs sont souvent interreliés et certains ne peuvent être contrôlés par l'individu. C'est ainsi que Dahlgren et Whitehead (1991) propose un modèle (Figure 1) qui résume les principaux déterminants en les situant dans la sphère où ils ont un impact. Ce modèle divise les principaux déterminants de santé en cinq sous-groupes : mis à part le patrimoine génétique et les caractéristiques physiques des individus (âge, sexe), tous les autres

déterminants sont reliés à l'environnement physique et social entourant les individus, à différentes échelles géographiques variant du niveau local au national. Cette tendance à mettre de l'avant l'influence de l'environnement sur la santé des individus est d'ailleurs la préoccupation principale de la géographie de la santé (Fleuret et Thouez, 2007).



Figure 1 : Modèle des principaux déterminants de la santé selon Dahlgren et Whitehead (1991) adapté par Berghmans (2009)

Source : Berghmans (2009), p.4

Tel que l'indique la figure 1, le premier déterminant est l'individu puisque l'âge, le sexe et les prédispositions biologiques d'une personne peuvent influencer la santé individuelle. Le premier sous-groupe de déterminants fait référence au mode de vie des individus. À titre d'exemples, nous retrouvons différents comportements dans les modes de vie tels que l'alimentation, la propension à l'activité physique, le tabagisme, etc. Le deuxième sous-groupe est composé de la vie sociale et active des individus. Ce déterminant se rattache aux réseaux de soutien social qui sont associés aux familles, aux amis et à la communauté appuyant un individu en cas de besoin. Les réseaux sociaux seraient primordiaux pour aider les gens à résoudre les problèmes grâce à l'entraide qui se manifeste dans les relations (Agence de santé publique du Canada, 2002). Le troisième sous-groupe de déterminants comprend l'ensemble des conditions de vie et de travail dans lesquelles les individus agissent : que ce soit le niveau de scolarité ou la

salubrité du logement personnel. Selon l'Agence de santé publique (2002), le chômage, le sous-emploi, un emploi générant du stress ou dangereux sont souvent associés à des conditions de santé problématiques. Nous retrouvons aussi dans ce sous-groupe, les services de santé offerts tant au niveau de la prévention des maladies qu'au niveau des traitements possibles, contribuant grandement à la santé générale d'une population. La dernière catégorie de déterminants englobe tout ce qui a trait au statut socio-économique et aux conditions diverses de l'environnement physique, culturel et social des individus. Selon le contexte d'étude, cette catégorie générique conditionne une panoplie de facteurs influençant le bien-être et par le fait même, la santé des individus. Cette figure suggère ainsi qu'il existe une influence des différentes composantes de l'environnement sur la santé des individus. Cette idée est directement liée avec la notion «d'environnements favorables» qui a été proposée dans la Charte d'Ottawa. Cette notion est le point de départ d'une approche « promotion de la santé » basée sur le lien unissant les individus avec leur environnement (Charte d'Ottawa, 1986). Il est donc primordial de créer des milieux sains pour les individus si l'on désire avoir une population ayant un bon état de santé.

1.1.2 L'environnement physique et social comme déterminant de la santé

Comme nous l'avons vu précédemment, l'environnement joue un rôle prépondérant dans la santé des individus. Cette influence provient à la fois de l'environnement physique (en termes d'exposition et de cadre bâti) et de l'environnement social (soutien et réseaux sociaux).

L'environnement physique peut se diviser en deux composantes : la première tient compte des niveaux d'exposition à des contaminants nocifs pour la santé qui peuvent être présents dans l'eau, l'air, les aliments et le sol et la seconde tient compte de l'influence de l'environnement bâti sur les comportements des individus. Une panoplie d'études épidémiologiques se sont intéressées à ces deux thématiques. Les résultats qui ressortent de ces études confirment que la santé des populations est directement touchée par l'environnement physique qui les entoure. Cette particularité est d'autant plus véridique pour les populations vulnérables comme les personnes âgées et les enfants. À titre d'exemple, des études s'intéressant aux niveaux de polluants se retrouvant dans l'air de certains quartiers urbains ont souligné le risque pour la santé encouru pour les jeunes et les personnes âgées, entre autres, de vivre à proximité d'axes majeurs de circulation compte tenu des quantités élevées de polluants mesurées (Rioux *et al.*, 2010).

Plusieurs études se sont aussi penchées sur les caractéristiques de l'environnement physique pour établir de quelles manières les facteurs du milieu influencent des comportements de santé spécifiques. La pratique de l'activité physique et l'obésité, ont été des thématiques particulièrement abordées lorsqu'il est question de comportement de santé. Des études nord-américaines portant sur l'obésité ont ainsi démontré que l'environnement bâti favorise l'utilisation de l'automobile, par la faible densité des habitations et par l'aménagement du système routier, plutôt que la promotion des transports actifs que sont la marche ou le vélo (Pouliou et Elliott, 2009). Par conséquent, les gens font moins d'exercice physique en utilisant continuellement leur automobile. Toujours en lien avec l'obésité, d'autres études ont montré que l'imbrication entre la perception de l'environnement social d'un quartier (niveau de criminalité), son attractivité (par exemple la présence de commerces de qualité à proximité) et la qualité du milieu (présence de parcs et de mobilier urbain) étaient des indicateurs d'importance pour favoriser ou non l'activité physique (Kimbrow, Brooks-Gunn et McLanahan, 2011).

Pour ce qui est de l'environnement social, il peut se caractériser de différentes façons et avoir des impacts sur la santé des individus à plusieurs niveaux, comme nous le présente McNeill *et al.* (2006) (Tableau 1).

Tableau 1 : Les cinq dimensions de l'environnement social et leur impact sur la santé

Dimensions	Description	Mécanisme sur la santé
Support et réseaux sociaux	Structure collective des relations sociales entourant un individu	Les relations interpersonnelles influencent l'adoption de comportements de santé comme l'activité physique. S'inscrire à certains groupes de sports avec des amis peut être un incitatif à la pratique de l'activité. À l'inverse, l'influence des pairs peut amener l'adoption de comportement plus à risque pour la santé, comme le tabagisme.
Statut socio-économique et les inégalités de revenus	Position d'un individu dans la hiérarchie sociale qui est associée à différents accès aux ressources sociales et matérielles. Inclus des indicateurs de revenus, de scolarité et d'emploi.	Les individus vivant dans des milieux plus favorisés ont de meilleurs états de santé que ceux des milieux plus défavorisés.

Discriminations raciales	Origine ethnique, immigration.	Certains individus, de par leur origine ethnique n'ont pas accès à certains soins, traitements et institutions de santé. Ils risquent ainsi d'être en moins bonne santé que d'autres plus favorisés.
Les effets de quartiers	Composition et caractéristiques sociales d'un lieu.	Un quartier moins sécuritaire en termes de criminalité augmente le stress de sa population et le sentiment d'insécurité.
Cohésion sociale	Connectivité et solidarité à l'intérieur d'une société combinées à la volonté d'intervenir pour un bien commun.	Aurait une influence sur l'adoption de différents comportements de santé.

Source : McNeill *et al.* (2006)

Dans le cadre de cette étude, les dimensions qui seront davantage abordées sont celles du support et des réseaux sociaux, de même que les effets de quartier. Une brève revue de la littérature de ces dimensions sera faite dans la section subséquente afin de mieux saisir leurs portées sur la santé.

1.1.3 Réseaux sociaux et santé

Les réseaux sociaux représentent différentes fonctions chez l'être humain. Ils permettent de se communiquer des informations, ils transmettent des normes quant à l'acceptation de l'adoption de comportements et ils fournissent un support moral (Ellen, Mijanovich et Dillman, 2001). L'étude de Parkes et Kearns (2006) mentionne que les relations de voisinage et l'entraide peuvent apporter un soutien aux individus et ainsi améliorer leur qualité de vie. De plus, en ayant des contacts avec des pairs, les individus peuvent en apprendre davantage sur différents aspects de la santé tels que la disposition d'une nouvelle clinique dans leur quartier, la propagation d'une nouvelle maladie, etc. Les liens sociaux modulent aussi les normes au sein de la communauté. Certains comportements peuvent ainsi être encouragés ou tolérés à certains endroits tandis qu'ils sont proscrits ailleurs. C'est le cas de plusieurs comportements tels que le tabagisme, les comportements sexuels à risque, l'alimentation et l'activité physique. De plus, tel qu'il a été mentionné, les relations sociales d'un quartier peuvent aussi apporter des impacts négatifs sur la santé des individus. Par exemple, un quartier ayant un taux élevé de criminalité

augmente l'insécurité des habitants ce qui se répercute sur leur santé psychologique et physique (Parkes et Kearns, 2006).

1.1.3.1 Effet de composition versus de contexte : un lien potentiel avec le don de sang

La santé peut ainsi être influencée par plusieurs facteurs environnementaux. La question qui se pose devant les variations des états de santé entre les personnes, les communautés, ou encore les quartiers est à savoir si ces variations sont davantage liées à l'environnement (social ou physique) ou à des variables individuelles (Gauvin et Dassa, 2008). Deux hypothèses sont retenues dans les travaux actuels : 1) les variations s'expliquent par le fait que des personnes ayant des caractéristiques communes ont tendance à s'agglomérer spatialement (effet de *composition*); ou 2) elle sont attribuables à des facteurs environnementaux présents au-delà des variations dans les caractéristiques individuelles d'une population (effet de *contexte*) (Duncan, Jones et Moon, 1998; Gauvin et Dassa, 2008). L'existence de ces deux « niveaux » d'influence a amené les recherches à s'opérationnaliser de façon statistique, ce qui a permis de quantifier l'influence à la fois des effets de contexte et de ceux de composition, et ce, pour plusieurs problématiques de santé telles le tabagisme et les comportements alimentaires (Chaix et Chauvin, 2002; Duncan, Jones et Moon, 1998; Ecob et Macintyre, 2000; Lindstrom, Moghaddassi et Merlo, 2004; Macintyre, Ellaway et Cummins, 2002). Dans le cadre de cette étude, nous nous positionnerons davantage au niveau contextuel, soit celui s'intéressant à l'influence des environnements sur les individus. Dans bien des cas, les individus subissent les déterminants d'un milieu de résidence qu'ils ne choisissent pas nécessairement. Il nous apparaissait donc pertinent de rappeler l'influence des ces déterminants (sociaux et physique) sur la santé, car ce mémoire s'intéresse à l'influence de l'environnement des individus sur une problématique touchant la santé à plusieurs égards : le don de sang. Comme nous le démontrerons dans la section précédente, les études sur le don de sang s'intéressent majoritairement aux caractéristiques individuelles des donneurs et très peu à l'influence de l'environnement sur les pratiques de don. La littérature récente en santé a démontré à maintes reprises que l'environnement influence concrètement différents comportements de santé, mais personne ne s'est encore intéressé à étudier son effet sur le don de sang. Cette présente étude a pour but d'explorer cette problématique et nous permettra d'exposer de nouvelles réalités dans une démarche exploratoire.

1.2 Le don de sang : description, besoin, motivations, restrictions

Le sang est un tissu humain qui apporte aux cellules du corps tous les nutriments nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci (Héma-Québec, 2010a). C'est aussi une ressource unique pour laquelle la science actuelle n'a pas encore trouvé de substitut artificiel. Face à cette situation, nous devons prélever le sang de d'autres individus qui ont le profil de santé requis afin de pourvoir en sang ceux qui en ont besoin. Au Québec, l'approvisionnement en sang des hôpitaux dépend de la générosité des gens. Aucune rémunération n'est donnée lors d'un don de sang et chaque jour, 1000 dons sont nécessaires pour répondre à la demande québécoise en sang (Héma-Québec, 2010a). Par ailleurs, seulement 3% des gens éligibles au don de sang donnent annuellement (Héma-Québec, 2010a). Plusieurs recherches tentent de décrire qui sont les donneurs de sang réguliers, c'est-à-dire ceux qui donnent fréquemment. Au Québec, ce sont les hommes âgés entre 45 et 55 ans et ayant au moins un diplôme d'études collégiales qui sont les donneurs les plus fréquents (Cloutier, Apparicio et Charbonneau, 2011). Alessandrini (2007b) arrive aux mêmes conclusions pour les donneurs en Australie : des hommes dans la quarantaine ayant un haut niveau de scolarité et qui font généralement du bénévolat. Enfin, les mêmes résultats sont aussi ressortis aux États-Unis (Gillespie et Hillyer, 2002) et ailleurs en Europe (Greinacher, Frenndrich et Hoffmann, 2010; Healy, 2000).

Dans cette section, nous tenterons d'exposer différents aspects du don de sang présents dans la littérature. Nous vous présenterons d'abord les motifs incitatifs mais aussi dissuasifs liés au don de sang. Nous enchaînerons avec une description de l'influence que peut avoir l'environnement social des individus sur leur propension à donner du sang. La troisième partie démontrera que le don de sang est souvent abordé comme un geste altruiste dans la littérature. La section se terminera par une revue des divers écrits portant sur les disparités géographiques du don de sang.

1.2.1 Dissuasions et motivations du don de sang

Plusieurs auteurs tentent d'expliquer les motivations tant positives que négatives des donneurs. L'un des premiers motifs dissuasifs soulevés par les non-donneurs est lié à la peur des aiguilles (Gillespie et Hillyer, 2002). Certains affirment avoir une peur incontrôlée des piqûres, de perdre connaissance ou que le don se passe mal (Gillespie et Hillyer, 2002). Pour d'autres, le temps nécessaire au processus de don peut les décourager (Piliavin et Callero, 1991). Ensuite, dans

quelques pays, des crises du sang contaminé ont eu lieu, ce qui a joué un rôle important sur la confiance accordée aux systèmes de santé et aux organismes assurant la gestion de sang (Valentine, 2005). Ces événements ont fait en sorte de resserrer les normes lors du don de sang. Ces mesures sont pour assurer la qualité du sang recueillie, mais elles visent aussi à protéger la santé du donneur. Pour être éligible au don, Héma-Québec demande, par exemple, d'avoir un taux de fer suffisamment élevé et de ne pas avoir voyagé dans certains pays. Afin de s'assurer que les conditions idéales sont présentes, un questionnaire doit obligatoirement être rempli avant chaque don pour s'assurer que le candidat est apte à donner. Des études prouvent que ces mesures sont parfois perçues comme trop restrictives et peuvent décourager certains donateurs potentiels s'ils se font refuser plus d'une fois (Simon, 2003; Valentine, 2005). Ces critères peuvent aussi expliquer les raisons pour lesquelles les hommes donnent davantage de sang. D'un point de vue médical, les femmes sont plus enclines à avoir un taux de fer moins élevé ne répondant pas aux exigences de sélection fixées (Greinacher *et al.*, 2011; Healy, 2000; Misje, Bosnes et Heier, 2010). Les femmes doivent aussi arrêter de donner du sang lorsqu'elles sont enceintes ou lors de l'allaitement (Misje, Bosnes et Heier, 2010). D'autres mesures restrictives telles que le fait d'avoir un tatou ou ne pas connaître le passé sexuel de ses partenaires touchent davantage les tranches de la population plus jeunes (Hupfer, Taylor et Letwin, 2005; Misje, Bosnes et Heier, 2008). Les problématiques liées aux transfusions faites avec du sang contaminé, ont amené certains pays à exclure les dons potentiels provenant des personnes homosexuelles (Valentine, 2005). À cet effet, au Québec, les hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes depuis 1977 n'ont toujours pas le droit de donner du sang (Héma-Québec, 2010a). Enfin, les personnes ayant résidé dans certains pays de l'Europe dans les années 1980 ne peuvent non plus faire de don à la suite d'incidents reliés à la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ), ce qui restreint d'autant le nombre de donateurs potentiels (Héma-Québec, 2010b).

À l'inverse, plusieurs motivations positives peuvent expliquer la volonté de donner du sang. Les résultats des études, démontrent que les donateurs de sang font un acte purement altruiste, c'est-à-dire un geste que l'on pose pour autrui sans rien attendre en retour (Alessandrini, 2007b; Alessandrini, 2007a; Fernandez-Montoya, 1997; Healy, 2000; Lee, Piliavin et Call, 1999; Nguyen *et al.*, 2008; Piliavin et Callero, 1991; Titmuss, 1971). Parallèlement à l'altruisme, d'autres facteurs similaires peuvent amener un individu à donner du sang. Certains voient le don de sang comme un devoir social (Glynn *et al.*, 2002; Nguyen *et al.*, 2008; Piliavin et Callero, 1991). Les donateurs interrogés dans l'étude de Glynn *et al.* (2002) croient à 81% que donner du

sang est un geste que tous les citoyens devraient poser au sein d'une société et qu'il n'y a rien d'héroïque à le faire.

Certains individus affirment donner du sang parce qu'ils croient que cela est bon pour leur santé personnelle (Glynn *et al.*, 2002; Nguyen *et al.*, 2008). La plupart de ces répondants affirment ressentir un bien-être psychologique et même physique après le don de sang (Nguyen *et al.*, 2008; Piliavin et Callero, 1991). Après leur don, plusieurs personnes rapportent ressentir un sentiment de devoir accompli et d'être habitées d'une forte fierté à leur égard compte tenu que cette action sauve directement des vies. Le don de sang peut ainsi être perçu comme un geste que l'individu pose pour lui-même.

La reconnaissance sociale, qui est une motivation connexe à l'estime personnelle, est aussi un facteur pouvant influencer l'intention de donner du sang. Considérant le fait qu'être un donneur régulier suscite une certaine admiration de la part des pairs (Piliavin et Callero, 1991), cela pourrait inciter certaines personnes qui recherchent ce genre d'approbations. À l'inverse, d'autres auteurs utilisent la pression sociale comme facteur amenant une personne à donner du sang. Dans ce cas, l'individu se sent dans l'obligation de donner du sang pour ne pas susciter de reproches de la part des autres donneurs. Dans l'étude de Nguyen *et al.* (2008), certains répondants ont affirmé effectuer un don de sang par crainte de ne pas décevoir leur entourage. Par ailleurs, pour d'autres auteurs, la pression sociale peut aussi être vue comme une influence positive. Sous cette vision, l'individu a été amené à découvrir le don de sang grâce à un proche. Par exemple, dans l'étude de London et Hemphill (1965) citée dans Gillespie 2002, 75% des nouveaux donneurs interrogés disent avoir été influencés à faire un don de sang grâce à un pair. Dans une étude plus récente de Glynn *et al.* (2002), environ 15% des donneurs interrogés auraient été influencés par un proche. Parmi l'ensemble des raisons données par les répondants du sondage, ce sont les jeunes de moins de 25 ans qui ont mentionné le plus fréquemment cette réponse (9,91%) soit d'avoir été influencé par une personne de leur entourage. D'autres études démontrent aussi que l'influence des pairs est un facteur de motivation important pour les jeunes de 18 à 24 ans (Hupfer, Taylor et Letwin, 2005; Misje, Bosnes et Heier, 2008). Lee *et al.* (1999) affirment que selon le modèle de comportement pro-social, les jeunes donneurs ayant un parent qui donne ou donnait du sang seront plus propices à devenir un donneur puisqu'ils auront été sensibilisés par ceux-ci.

1.2.2 Donner du sang, un geste altruiste ?

Tel que nous l'avons abordé auparavant, le principal motif des donateurs de sang est d'aider les autres. Le don de sang est donc vu comme un geste altruiste. Les personnes altruistes sont définies comme étant des êtres sensibles aux autres et à leurs besoins. Elles désirent s'investir pour autrui, pour leur venir en aide et ce, sans rien attendre en retour. Dans son texte Titmuss (1971), explique les raisons pour lesquelles le don de sang est considéré comme un geste altruiste. Selon lui, le don de sang est une action particulière, car le donneur ne connaît pas le receveur et ainsi, il ne recevra aucune reconnaissance de sa part puisqu'ils ne se rencontreront jamais (Titmuss, 1971). Afin de démontrer que le don de sang est un comportement altruiste, d'autres auteurs ont fait des parallèles entre celui-ci et d'autres habitudes de vie liées à l'altruisme. L'étude de Lee *et al.* (1999) démontre que les gens donnant du sang sont souvent des personnes engagées dans leur communauté, faisant du bénévolat par exemple. Nous retrouvons aussi ce constat dans l'étude d'Alessandrini (2007b), qui affirme qu'en Australie, les donateurs de sang réguliers sont plus enclins à faire du bénévolat que les non-donneurs. De plus, Alessandrini (2007b) amène la dimension de l'appartenance religieuse des donateurs. Selon son étude, certaines communautés religieuses amèneraient davantage leurs membres à s'impliquer dans leur milieu. Dans cette optique, l'étude de Bekkers et Veldhuizen (2008) montre qu'aux Pays-Bas ce sont les protestants qui sont les plus disposés à faire des dons de tout genre (d'argent, de temps et de sang).

Malgré tout, peu d'études s'intéressent à d'autres variables que les facteurs individuels et démographiques influençant la propension d'un individu à donner du sang. Si nous prenons la prémisse que donner du sang est un geste altruiste, comment s'expliquent les différentes variations géographiques du nombre de dons dans un territoire? C'est à la suite de ce constat qu'Healy (2000) a proposé une étude dont l'objectif était de dresser un portrait de la situation du don de sang en Europe. Il a donc examiné les différences dans la gouvernance des collectes entre quelques pays européens et il en est venu aux constats que, premièrement, les organismes en charge des collectes de sang varient d'un endroit à l'autre et, deuxièmement, ceux-ci n'ont pas les mêmes stratégies pour attirer de nouveaux donateurs et pour les conserver. Par exemple, dans certains pays, la collecte de sang est dirigée par la Croix-Rouge tandis que pour d'autres, l'État se charge des procédures. Par ailleurs, cette étude reste très large et ne donne pas de réponses précises quant aux questions de variations du nombre de dons selon les types de régions d'un même pays, faisant en sorte que ces variations demeurent peu étudiées dans la littérature, comme nous allons le voir plus en détails dans la prochaine section.

1.2.3 Les variations géographiques du don de sang

Outre les études s'intéressant aux motivations selon les caractéristiques individuelles des donateurs, certains auteurs se sont intéressés à la géographie du don de sang. Bien que peu nombreuses, ces études démontrent que le don de sang connaît des variations spatiales. Dans leur revue de littérature, Piliavin et Callero (1991) notent que les régions rurales aux États-Unis exportent davantage de sang que les régions centrales. Ceci démontre qu'il y a davantage de dons effectués dans les régions périphériques du pays. Plus récemment, Simon (2003) est également arrivé à cette constatation, signalant à nouveau que les régions rurales étasuniennes donnent davantage de sang. En Europe, l'étude de Greinacher (2010) en Allemagne, démontre que les gens habitant dans des municipalités comptant moins de 20 000 habitants donnent davantage de sang. Quant à Bekkers et Veldhuizen (2008), ils affirment qu'aux Pays-Bas, il y a davantage de dons faits dans les régions à faible densité de population. Presque tous ces auteurs émettent l'hypothèse que les gens en milieu rural auraient un plus grand sentiment de communauté et seraient ainsi plus disposés à aider les autres, alors qu'en milieu urbain, les gens seraient plus individualistes et moins conscients des besoins en sang. Cette explication du grand nombre de dons en milieu rural rappelle plusieurs éléments se rattachant à la définition d'un comportement altruiste cité précédemment.

Au Canada (excluant le Québec), une étude récente a constaté que les grands centres urbains (ceux ayant plus d'un million d'habitants) donnent considérablement moins de sang proportionnellement au nombre d'habitants que les autres régions urbaines comprenant au moins 100 000 habitants (Saberton *et al.*, 2009). Selon les résultats de cette étude, le niveau de scolarité et les revenus ne seraient pas des variables influençant le don de sang. Par contre, la proportion d'immigrants corrèle négativement avec le nombre de donateurs ce qui amène les auteurs à stipuler que cette variable influencerait à la baisse le nombre de dons dans les métropoles puisque le nombre d'immigrants y est plus élevé (Saberton *et al.*, 2009).

Dans le contexte québécois, une recherche a été faite en 2009, sur la géographie du don de sang (Apparicio, Charbonneau et Dussault, 2009). Cette étude a démontré qu'il existe des disparités spatiales dans le nombre de don de sang tant à l'échelle provinciale qu'à l'échelle municipale. Au niveau provincial, trois régions administratives fournissent près de la moitié des dons de sang : celle de la Montérégie, de Montréal et de la Capitale-Nationale (Cloutier, Apparicio et Charbonneau, 2011; Cloutier *et al.*, 2012). Par contre, en termes de dons de sang par 1000 habitants, ce sont généralement les régions en périphérie des grands centres urbains

qui sont les plus performantes. À cet effet la région administrative de Chaudière-Appalaches avec 97 dons par 1000 habitants, suivie de la Capitale-Nationale (82), de l'Abitibi-Témiscamingue (81), du Centre-du-Québec (78) et de la Montérégie (70) sont celles avec les taux les plus élevés (Cloutier, Apparicio et Charbonneau, 2011), quand on sait que le taux moyen pour le Québec en entier est de 58. Au niveau municipal, l'étude montre que la ville de Québec est beaucoup plus performante en termes de dons que celle de Montréal. De plus, nous retrouvons des disparités entre les arrondissements de la métropole. Quatre arrondissements montréalais donnent près du tiers des dons : Mercier-Hochelaga-Maisonneuve, Rosemont-La-Petite-Patrie, Rivière-des-Prairies-Pointe-aux-Trembles et Ahuntsic-Cartierville (Apparicio, Charbonneau et Dussault, 2009).

1.3 Questions de recherche

Bien que certaines études à travers le monde rapportent des disparités géographiques dans les dons de sang, aucune ne s'est concentrée sur l'explication de ces variations. Sachant qu'il existe un lien étroit entre l'environnement (tant physique que social) des individus et la propension de ceux-ci à adopter certains comportements liés à la santé et que les régions québécoises présentent des variations dans le don de sang, nous proposons ici d'étudier si l'endroit où l'on réside a une influence sur le don de sang. Nos questions de recherche sont les suivantes :

Existe-t-il un rôle pour les facteurs structurels et l'attachement au lieu lorsqu'il est question de variations géographiques du don de sang selon trois types de milieux de vie (urbain, banlieue, rural)?

- Est-ce que le modèle structurel des comportements de santé est applicable au don de sang?
- Est-ce que le sentiment d'attachement au lieu a une influence sur le don de sang?

1.4 Les objectifs en lien avec la question de recherche

L'objectif principal est scindé en trois parties :

- a) Décrire les composantes structurelles de chaque milieu influençant l'adoption du comportement de don de sang.
- b) Relever les différents facteurs liés à l'attachement au lieu pouvant expliquer les variations géographiques du don de sang.
- c) Comparer les différents milieux à partir des facteurs liés à l'attachement au lieu et des composantes structurelles.

1.5 Les hypothèses de recherche

En lien avec les objectifs de recherche, nous croyons tout d'abord que pour ce qui à trait aux structures que le don de sang est un comportement pouvant s'insérer dans un modèle écologique de la santé. Nous émettons aussi l'hypothèse que les gens du milieu rural et de la banlieue auront un environnement structurel plus favorable au don de sang que ceux en ville, ce contribuerait aux variations géographiques du don selon les milieux.

En second lieu, nous croyons que l'analyse des dimensions de l'attachement au lieu permettra d'expliquer en partie les variations géographiques du don de sang. Nous émettons l'hypothèse que les gens du milieu rural seront davantage attachés à leur milieu que ceux de la banlieue et de la ville et que les gens de la banlieue seront plus attachés à leur milieu que les urbains. En parallèle, nous pensons que les gens plus attachés à leur milieu de vie seront plus propices à donner du sang puisqu'ils seraient des personnes davantage ancrées et impliquées dans leur milieu.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Afin d'établir notre méthodologie et de documenter nos résultats, ce chapitre présente deux éléments. Premièrement, nous présenterons différents modèles théoriques liés aux changements comportementaux, ceux qui ont été appliqués avec le don de sang ainsi que celui que nous utiliserons dans le cadre de cette étude. Deuxièmement, nous aborderons la notion d'attachement au lieu et les modèles qui tentent de le mesurer. Finalement, nous présenterons le modèle final que nous proposons combinant des notions de comportement de santé et d'attachement au lieu.

2.1 Comportement de santé : définition

Plusieurs définitions sont données à un comportement de santé, mais d'une manière générale, il est défini comme étant une action posée par des individus entraînant certaines conséquences (positives ou non) sur leur santé (Encyclopedia of Public Health, 2002). Plus précisément, Gochman (1997) décrit les comportements de santé comme «des attributs personnels; telles que les attentes, les motivations, les perceptions et autre éléments cognitifs; comme des caractéristiques personnelles incluant des états affectifs et émotionnels et les actions qui sont liées au maintien, à l'amélioration et à la récupération d'un bon état de santé». Les comportements sont donc une action observable reliée au maintien, à la restauration et à l'amélioration de la santé. À partir de cette définition, deux catégories de comportements individuels ont été décrites par Matarazzo (1984). La première catégorie est celle des comportements immunogènes, soit ceux bénéfiques pour la santé. La seconde catégorie est celle des comportements pathogènes, ceux qui occasionnent un risque pour la santé (Matarazzo, 1984).

En ce qui a trait au don de sang, nous proposons ici de le considérer comme un comportement de santé pour trois raisons. Premièrement, au niveau individuel, certaines études mentionnent que les donateurs ont comme motivation des raisons médicales (croyances que cela est bénéfique pour leur santé personnelle, opportunité de faire un bilan de santé, etc.) (Gillespie et Hillyer, 2002; Glynn *et al.*, 2002; Hupfer, Taylor et Letwin, 2005). Toujours d'un point de vue de la santé personnelle, comme nous l'avons vu précédemment, le don de sang peut être bon pour la santé mentale puisque dans certains cas, les gens affirment ressentir une fierté personnelle à avoir donné du sang (Glynn *et al.*, 2002; Nguyen *et al.*, 2008). Sachant que la santé mentale est

étroitement liée à la santé physique, donner du sang est donc bénéfique pour les deux. Deuxièmement, des études démontrent aussi que le fait de donner du sang peut avoir un impact bénéfique pour la santé cardiovasculaire des donateurs (principalement les hommes non-fumeurs), ce qui pourrait influencer des gens à adopter ce comportement comme étant « immunogène » (Meyers *et al.*, 1997; Zheng *et al.*, 2005). Finalement, à l'échelle populationnelle, les besoins en sang représentent un enjeu de santé publique important, en particulier dans les territoires où les donateurs se font vieillissants (Zou *et al.*, 2008). En effet, la population éligible qui donne du sang sur une base annuelle s'élève à moins de 5% aux États-Unis (France, France et Hoimawan, 2007), moins de 10% aux Pays-Bas (Lemmens *et al.*, 2005), environ 3,5% en Australie (Masser *et al.*, 2012) et 3% au Québec (Godin *et al.*, 2005). Par contre, les besoins en sang ne diminuent pas, raison pour laquelle de plus en plus de chercheurs tentent de comprendre les motivations, dissuasions et comportements des donateurs de sang.

2.2 Les modèles théoriques expliquant les comportements en lien avec la santé

Il existe plusieurs théories et modèles tentant d'expliquer l'adoption et les changements de comportements en lien avec la santé à travers différentes variables. Nous présentons ici les plus connus et utilisés, selon des approches basées sur l'individu (théorie sociale cognitive, théorie du comportement planifié et la théorie transthéorique) ou encore selon l'approche écologique (théorie des cercles concentriques et le modèle structurel de Cohen *et al.* (2000). Nous terminerons chaque partie par des applications empiriques retrouvées dans la littérature sur le don de sang.

2.2.1 Les modèles de comportement basés sur l'individu

En premier lieu, Bandura a développé la théorie de l'apprentissage social selon laquelle les individus peuvent adopter des nouveaux comportements à travers différentes façons. Premièrement, l'apprentissage par expérience directe qui consiste aux effets positifs ou négatifs que les actions ont créés par l'entremise d'un processus de renforcement. Deuxièmement, il mentionne l'apprentissage par observation des comportements et des résultats qu'atteignent d'autres individus à travers le modelage. Ainsi, un individu sera plus enclin à imiter certains comportements s'il en perçoit des renforcements positifs.

Par la suite, Bandura (1977) a développé la théorie sociale cognitive en lien avec ses travaux sur la théorie de l'apprentissage social. Celui-ci s'est davantage démarqué grâce à sa composante d'efficacité personnelle (*self-efficacy*) que nous vous présenterons plus en détail subséquemment (Bandura, 1977). La théorie sociale cognitive s'intéresse particulièrement au principe de déterminisme réciproque qui suggère que les individus et les groupes sont influencés par leur environnement (McAlister, Perry et Parcel, 2008). Bandura (1977) stipule que le fonctionnement humain est le produit d'une interaction entre l'individu (ses facteurs biologiques et cognitifs), ses comportements et son environnement (social et physique). De plus, une interaction dynamique et bidirectionnelle existerait entre ces trois sphères et le degré d'influence des sphères varierait selon chaque individu, ce qui constitue le déterminisme réciproque représenté à la figure 2 (Bandura, 1986). En raison de sa composante environnementale, la théorie sociale cognitive de Bandura se démarque des autres théories de changements comportementaux. Toutefois, la composante d'interaction entre l'individu et son environnement demeure peu détaillée.

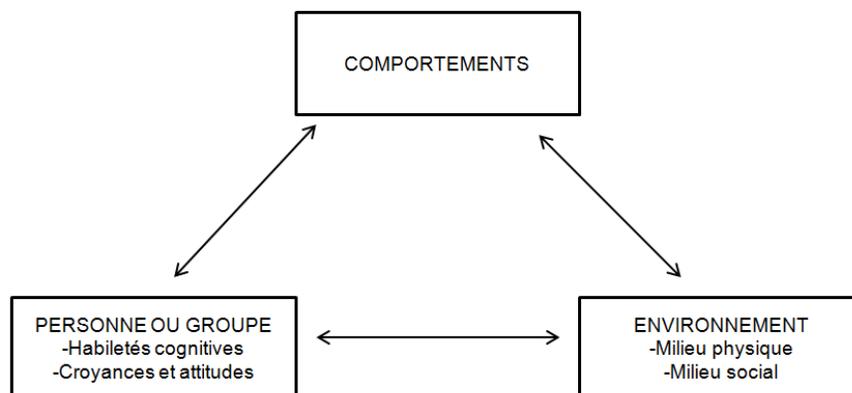


Figure 2 : Déterminisme réciproque de Bandura (1986)

Source : É. Carrier adaptation de Bandura 1986

En raison de leur implication dans l'apprentissage et l'acquisition d'un comportement, les habiletés cognitives, dont l'efficacité personnelle, des individus jouent un rôle central dans cette théorie. Pour Bandura (1977), cette nouvelle composante représente la croyance en ses capacités personnelles à organiser et à exécuter une séquence d'action propres afin obtenir un résultat précis. Une personne ayant un sentiment d'efficacité personnelle élevé sera plus encline à adopter un comportement et risque d'être plus persévérant. Comme le mentionnent Godin *et al.* (2012), plusieurs ont tenté de prédire l'adoption de comportement en utilisant seulement le construit d'efficacité personnelle. Cependant, la théorie sociale cognitive comporte d'autres

éléments, tout aussi importants à mesurer. Parmi ceux-ci nous retrouvons les attentes concernant les résultats de l'action. Ce construit touche la croyance en l'efficacité du comportement pour obtenir le résultat voulu (Godin, Vézina-Im et Bélanger-Gravel, 2012). Ces croyances sont divisées en trois catégories : les effets physiques, les réactions sociales engendrées et l'auto-évaluation des répercussions (Godin, Vézina-Im et Bélanger-Gravel, 2012). Le construit des facteurs socio-structurels peut être soit des éléments qui facilitent l'adoption du comportement ou des obstacles. Finalement, le dernier construit est celui des buts dans lequel nous en retrouvons deux types : les buts distaux qui orientent les comportements ou les buts proximaux qui régulent l'effort. Ces composantes de la théorie sociale cognitive sont représentées à la figure 3.

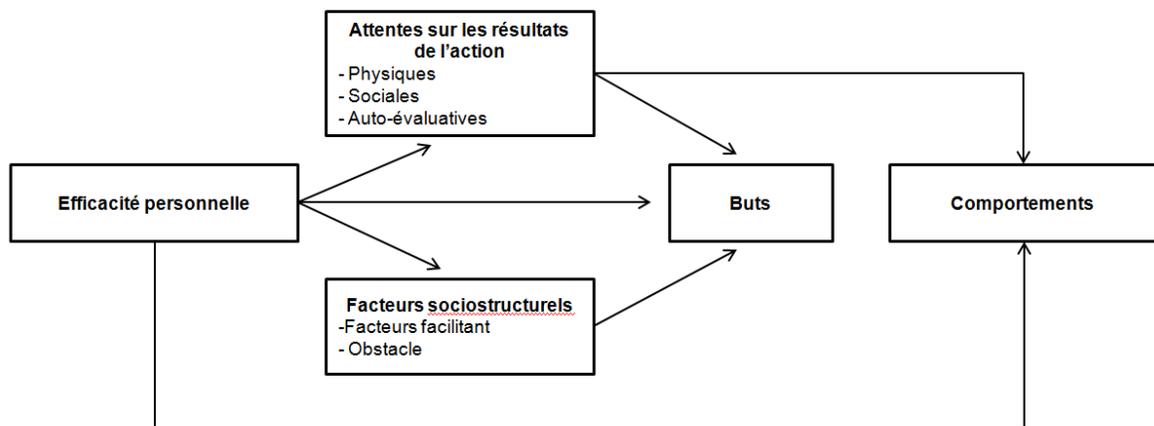
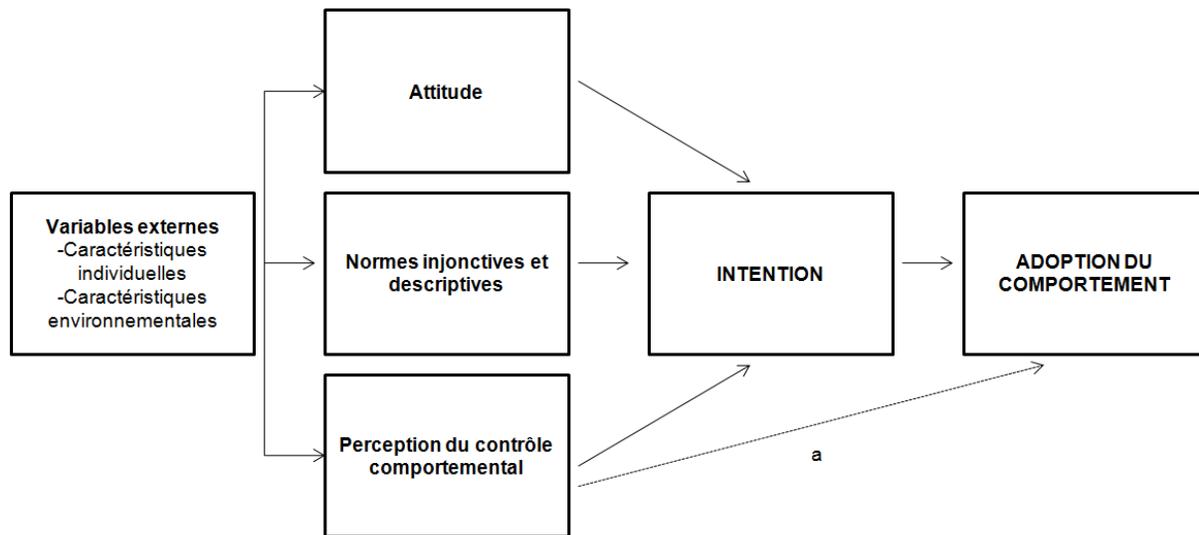


Figure 3 : Modèle de la théorie sociale cognitive (2001)

Source : É. Carrier adaptation de Godin 2012

La seconde théorie est celle de l'action raisonnée élaborée par Ajzen et Fishbein (1980) et qui sera ensuite modifiée par Ajzen (1991) pour devenir la théorie du comportement planifié. Selon la théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein (1980), la motivation, ou l'intention, d'adopter un certain comportement est la principale composante qui déterminera si l'action sera entreprise ou non. Cette intention est par la suite influencée par deux composantes : les attitudes et les normes subjectives. Les attitudes sont définies comme un regroupement qui imbrique premièrement des réponses cognitives et émotionnelles apparaissant lorsque l'individu s'imagine adopter le comportement et d'autre part l'évaluation des conséquences qui en découleront (Godin, Vézina-Im et Bélanger-Gravel, 2012). Les normes subjectives consistent en l'importance que l'individu accorde à l'opinion des gens qui l'entourent à l'égard du comportement à adopter. Comme le précise (Godin, Vézina-Im et Bélanger-Gravel, 2012), la

théorie de l'action raisonnée n'inclut que les comportements volitifs. En raison de cette lacune, Azjen (1991) a ajouté la composante de la perception du contrôle comportemental qu'il définit comme étant la capacité à accomplir l'adoption du comportement. Ainsi, la théorie de l'action raisonnée est devenue la théorie du comportement planifié qui est représenté à la figure 4.



(a): Ligne directe de prédiction, lorsque le comportement n'est pas volitif.

Figure 4 : Modèle de la théorie du comportement planifié

Source : É. Carrier adaptation de Godin (2012)

Finalement, la théorie transthéorique des changements de comportements proposée par Prochaska et DiClemente (1982) a deux composantes principales : les stades de changements et les processus de changement. Cinq stades de changements sont identifiés : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien (Prochaska et DiClemente, 1982). Le tableau 2 décrit chacun des stades de changements. Pour passer d'un stade à l'autre et adopter un changement de comportement, les individus peuvent parcourir dix processus différents, comme l'expliquent Prochaska *et al.* (2008) dans leur texte. Ces processus sont résumés dans le tableau 3, mais ne sont pas abordés plus en détails ici puisque ce n'est pas le modèle que nous retiendrons. Par ailleurs, l'une des limites du modèle transthéorique relevé dans la littérature est que le passage d'un stade à un autre varie selon l'individu. Par exemple, certains ne procèdent pas par chaque stade et peuvent rester plus longtemps sur l'un d'eux (Ferguson, 1996) : il n'y a pas de relation directe entre les différents stades et ils ne sont pas préalables l'un à l'autre nécessairement.

Tableau 2 : Stades de changements du modèle transthéorique

Pré-contemplation	L'individu n'a pas l'intention de changer et il n'est pas conscient d'avoir un comportement à changer.
Contemplation	L'individu prend conscience qu'il doit changer son comportement, mais il ne s'est pas engagé à le faire.
Préparation	L'individu a l'intention de changer son comportement d'ici le prochain mois.
Action	L'individu a mis en œuvre des actions concrètes afin de changer son comportement depuis au moins 6 mois.
Maintien	L'individu continue de prendre les actions nécessaires pour maintenir le nouveau comportement.

Source : É. Carrier adaptation de Prochaska, Redding et Evers dans Glanz *et al.* (2008)

Tableau 3 : Processus de changements impliqués lors d'un changement de stade

Augmentation du niveau de conscience	L'individu apprend de nouveaux faits qui soutiennent le changement de comportement
Éveil émotionnel	L'individu ressent des émotions négatives à l'égard des risques associés au comportement non désirable.
Réévaluation personnelle	L'individu réalise que le changement de comportement est une partie importante de sa propre identité
Réévaluation environnementale	L'individu réalise les effets tant négatifs que positifs causés par le comportement sur son environnement social et/ou physique.
Libération personnelle	L'individu s'engage à changer de comportement.
Relations aidantes	L'individu cherche et utilise un soutien social afin de faciliter son changement comportemental.
Contre-conditionnement	L'individu s'approprie de nouveaux comportements de santé agissant en substitution aux anciens comportements non désirés.
Gestion des renforcements	L'individu augmente les renforcements positifs à l'égard des nouveaux comportements adoptés et diminue ceux accordés au comportement non désiré.
Contrôle du stimulus	L'individu élimine les éléments qui lui rappellent à adopter le comportement non désiré.
Libération sociale	L'individu réalise que les normes sociales changent de façon à supporter l'adoption du bon comportement.

Source : É. Carrier adaptation de Prochaska, Redding et Evers dans Glanz *et al.* (2008)

2.2.2 L'application des modèles basés sur l'individu dans les travaux sur le don de sang

Nous avons choisi de vous décrire ces théories de prédiction et de changement comportemental puisqu'elles sont souvent choisies afin d'étudier le don de sang. La plupart des recherches ont choisi la théorie de l'action planifiée d'Ajzen et Fishbein (1980) afin de mesurer l'intention des individus de donner du sang (Amponsah-Afuwape, Myers et Newman, 2002; France, France et

Hoimawan, 2007; Gagné et Godin, 2000; Giles et Cairns, 1995; Giles *et al.*, 2004; Godin *et al.*, 2007; Godin *et al.*, 2005; Lemmens *et al.*, 2005; Masser *et al.*, 2012; Masser *et al.*, 2008; Masser *et al.*, 2009; Robinson *et al.*, 2008) mais très peu d'études ont utilisé d'autres modèles tel que le modèle transthéorique de Prochaska (Ferguson, 2005).

L'utilité de la théorie de l'action planifiée a été démontrée dans ces différentes études puisqu'il a été possible de prédire l'intention des individus de donner du sang en la mesurant selon les différentes composantes du modèle d'Ajzen et Fishbein (France, France et Hoimawan, 2007; Masser *et al.*, 2008). La plupart des études s'intéressant à ce sujet ont apporté des modifications au modèle de base d'Ajzen et Fishbein. D'autres auteurs, comme Giles *et al.* (2004) et France *et al.* (2007), ont ajouté la variable d'efficacité personnelle (*self-efficacy*) tirée de la théorie sociale cognitive de Bandura (2001). Giles *et al.* (2004) affirment cette variable devient cruciale lorsqu'il est question d'étudier un comportement altruiste comme le don de sang. Leur étude met d'ailleurs en lumière la pertinence de l'ajout de cette variable. Leurs résultats démontrent que l'efficacité personnelle est la variable ayant la plus forte contribution quant à la prédiction liée à l'intention de donner du sang (Giles *et al.*, 2004). France *et al.* (2007) corroborent ces résultats.

Au Québec, Godin *et al.* (2005) ont étudié le don de sang selon un modèle de comportement de santé imbriquant plusieurs théories telles la théorie sociale cognitive, la théorie du comportement planifié et la théorie des comportements interpersonnels (figure 5) (Godin *et al.*, 2005).

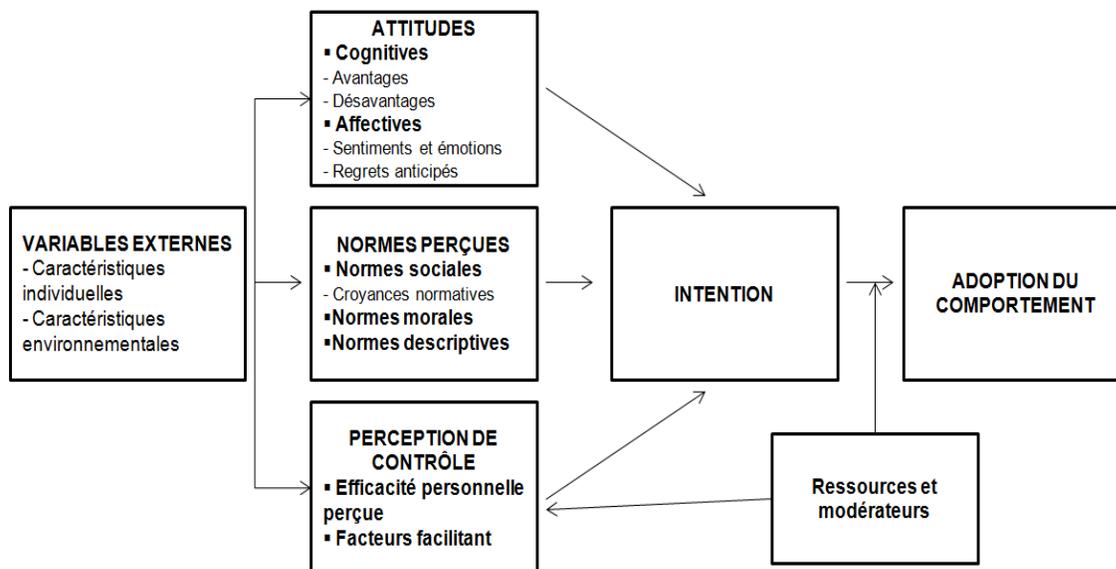


Figure 5 : Modèle élaboré par Godin (2005)

Source : Godin (2005)

L'objectif de leur étude était d'identifier les facteurs expliquant l'intention des adultes québécois de donner du sang. Selon leurs résultats, sept composantes de leur modèle contribuent à expliquer 74% des variations dans l'intention de donner du sang : le contrôle perçu, les facteurs facilitant, le regret anticipé, les normes morales, l'attitude, la scolarité, les expériences de dons passés et le temps entre les dons (Godin *et al.*, 2005). Ils ont ensuite fait une seconde étude sur les déterminants pouvant influencer un individu à retourner donner du sang auprès de nouveaux donneurs et des expérimentés (Godin *et al.*, 2007). Une régression logistique hiérarchique a été effectuée afin de prédire quelles variables ont une influence sur le fait de retourner donner du sang après une période de six mois. Leurs résultats démontrent que ce ne sont pas les mêmes variables qui influencent le comportement. Premièrement, pour les nouveaux donneurs, la variable de l'intention ressort très fortement tandis que chez les donneurs expérimentés c'est la variable du comportement passé.

2.2.3 Les modèles écologiques du comportement

Les modèles de type écologique s'intéressent aux interactions entre les individus et leur environnement (Richard, Gauvin et Raine, 2011). Le concept central des modèles écologiques est que le comportement (son adoption ou son changement) est influencé par des variables à différents niveaux. Ceux-ci incluent souvent des niveaux individuels tels que la génétique, mais aussi des niveaux interpersonnels, environnementaux, organisationnels, etc. (Sallis, Owen et Fisher, 2008).

L'un des fondateurs du courant écologique, Bronfenbrenner, a ainsi mis l'accent sur la notion d'interdépendance entre différents systèmes dans lequel l'individu interagit. Comme le démontre la figure 6, chaque système s'emboîte en débutant par une échelle macro afin de culminer à une échelle micro, soit l'individu (Bronfenbrenner, 1979, 1986). Le macrosystème consiste en l'environnement de contexte. Nous retrouvons dans cette sphère les valeurs, la culture, le contexte politique, etc. Bien souvent, le macrosystème exerce une influence sur les individus sans qu'ils ne s'en aperçoivent, car il les conditionne depuis leur enfance. L'exosystème touche des domaines qui peuvent avoir des impacts directs sur les individus. Les politiques mises en œuvre, de même que les services de santé, d'éducation et les lois se retrouvent dans l'exosystème. Le mesosystème englobe différentes sphères que l'individu côtoie quotidiennement soit l'emploi effectué, la famille éloignée et le quartier. Finalement, dans le microsystème il y a les enfants ou les parents, les collègues de travail, les médias, etc. Ce sont des sphères qui ont un impact direct sur l'individu. L'individu se retrouve ainsi au centre de ces différentes sphères qui exercent leurs influences sur celui-ci à différentes intensités. L'approche écologique repose sur cette idée principale qu'en mettant en place des interventions tant au niveau individuel qu'environnemental, il serait possible d'apporter des changements majeurs dans les comportements de santé adoptés au sein d'une population (Sallis, Owen et Fisher, 2008).

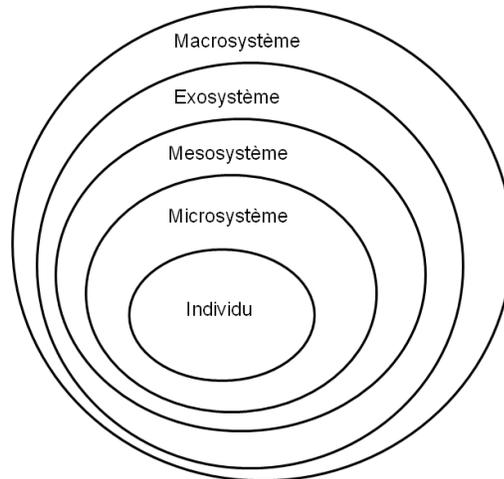


Figure 6 : Les systèmes selon Bronfenbrenner (1979)

Source : É. Carrier adaptation de Bronfenbrenner (1979)

Le modèle structurel des comportements de santé proposé par Cohen *et al.* (2000) est un autre exemple de modèle écologique. Cohen *et al.* (2000) ont créé ce modèle car ils ont jugé que la plupart des interventions au niveau sanitaire visaient seulement les individus. De plus, Cohen *et al.* (2000) signalent que les modèles écologiques construits à ce jour n'avaient pas de méthodes concrètes et appliquées afin de les mettre en pratique. Leur modèle est composé de quatre facteurs interreliés: l'accessibilité au produit, les structures physiques, les structures sociales et les messages médiatiques et culturels. L'analyse de ces quatre facteurs permet de cibler les niveaux où les interventions auprès d'une population doivent être effectuées.

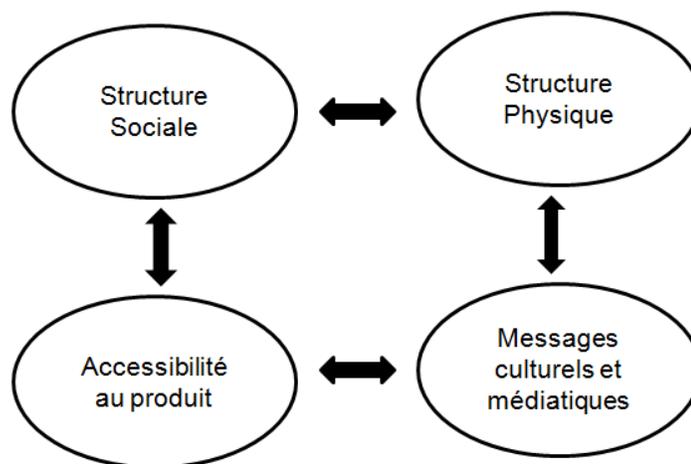


Figure 7 : Structures étudiées dans le modèle de Cohen *et al.* (2000)

Source : É. Carrier adapté de Cohen *et al.* (2000)

Cohen *et al.* (2000) définissent l'*accessibilité* comme étant l'accès que les consommateurs ont à un produit et à sa distribution. Ils supposent que plus un consommateur a un accès facile, plus il a de probabilités de l'utiliser et donc, d'adopter le comportement qui y est relié. Les auteurs donnent comme exemple la réglementation pour la distribution des produits du tabac. L'*accessibilité* aux produits du tabac peut ainsi être contrôlée de deux façons. D'une part, pour qu'un individu ait accès à ces produits, celui-ci doit avoir l'âge légal pour se les procurer (législation en conséquence). D'autre part, le fait de dissimuler les produits du tabac de la vue des consommateurs est un moyen d'en réduire l'*accessibilité* (comme par exemple les politiques gouvernementales régissant la publicité concernant ces produits). La seconde dimension du modèle est constituée des *structures physiques* représentées par l'environnement bâti entourant les individus, qu'il favorise ou non l'adoption d'un comportement de santé. L'exemple d'un quartier favorisant la marche est repris dans l'article de Cohen *et al.* (2000) : la qualité et le design d'un quartier ou d'un tronçon de rue peuvent inciter positivement ou non une personne à marcher. Les *structures sociales*, quant à elles, sont représentées de façon générale par l'influence de nos pairs, qu'ils encouragent ou non le comportement ciblé. En reprenant l'exemple du tabagisme, les travaux ont démontré qu'un individu aura plus de chance de commencer à fumer si son entourage a un tel comportement. Les lois québécoises interdisant de fumer dans les lieux publics réfèrent aussi à ce facteur de structures sociales puisque l'individu y est moins exposé socialement. Enfin, les *messages médiatiques et culturels* regroupent toutes les stratégies de communication dirigées vers la population afin d'encourager ou de dissuader l'adoption de certains comportements. Selon les problèmes de santé qu'une population connaît, certains comportements seront favorisés tandis que d'autres s'avéreront proscrits par les autorités, via les médias, comme par exemple l'obligation du port de la ceinture de sécurité en voiture.

Ainsi, chacune des structures de leur modèle peut avoir une influence sur l'adoption ou non d'un comportement. Comme le présente la figure 8, deux issues sont possibles pour chaque « structure » faisant en sorte de faciliter ou non les choix que les individus peuvent faire. De façon générale, si l'environnement dans lequel vit un individu rend l'adoption d'un comportement spécifique plus difficile, les chances pour que cette personne choisisse tout de même de l'adopter sont réduites.

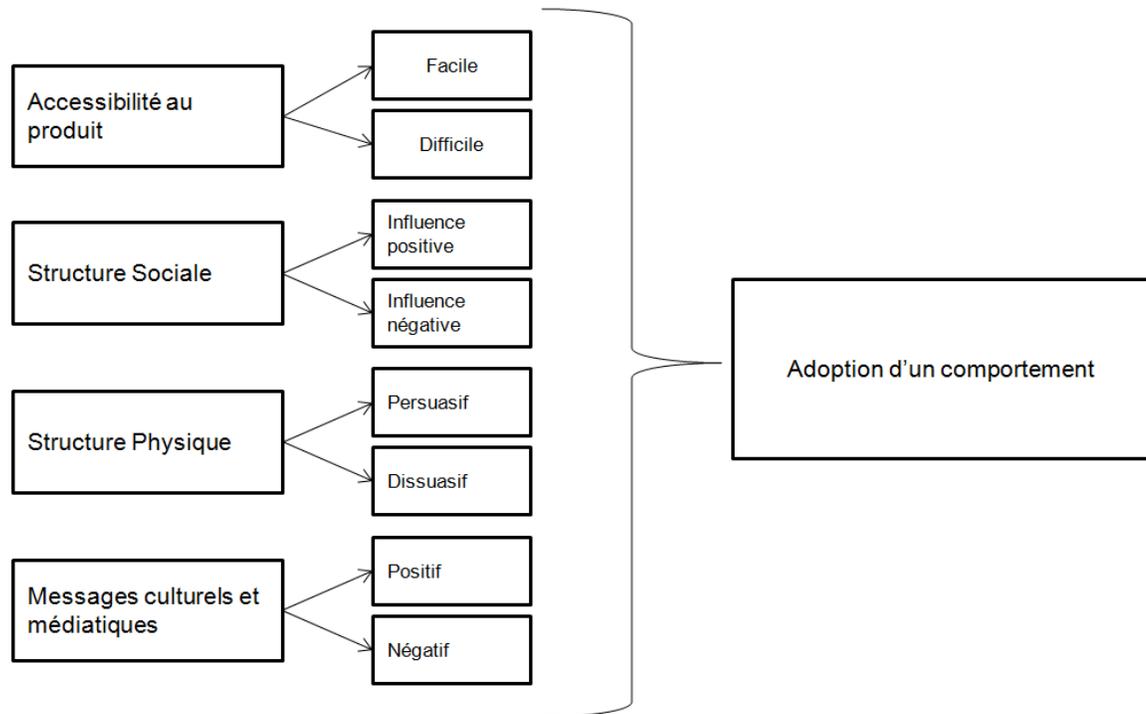


Figure 8 : Modèle structurel de Cohen et al. (2000)

Source : É. Carrier adapté de Cohen et al. (2000)

Notre recension des écrits ne nous a pas permis de trouver d'études analysant le don de sang à partir de modèles écologiques, bien que ce comportement ait une portée considérable en santé publique. Les comportements les plus fréquemment étudiés à partir de modèles écologiques sont le tabagisme, l'activité physique et les rapports sexuels à risques (Agence de santé publique du Canada, 2002). Considérant le manque d'études à partir d'approches autres qu'individuelles, nous proposons ici d'examiner le don de sang à partir d'un modèle de type écologique s'inspirant en partie de celui de Cohen et al. (2000). L'utilisation des quatre facteurs proposés dans le modèle structurel écologique de Cohen et al. (2000), nous permettra de dresser un meilleur portrait de la situation actuelle et ainsi, de mieux comprendre les variations comportementales d'un milieu à l'autre.

2.3 Les milieux de vie à l'étude

Cette section sera consacrée à la description des différents types de milieux de vie étudiés dans cette recherche. Tout d'abord, mentionnons que le concept de milieu est largement utilisé dans les écrits scientifiques. Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi d'utiliser la définition de milieu donnée par Lévy et Lussault (2003) :

«un environnement dans lequel une composante de la société (un individu, un groupe, etc.) se trouve immergée et avec lequel cette composante entretient des relations interactives, constituant tout à la fois une série de déterminants, un ensemble de ressources et un enjeu pour une stratégie d'acteurs (p. 617)».

Dans son ensemble, le mot milieu désigne des conditions pouvant être à la fois biologiques et sociales ayant une influence sur un individu ou un groupe d'humain (Lévy et Lussault, 2003a). Pour les besoins de cette étude, le milieu de vie se résumera à l'endroit où l'individu réside, catégorisé en trois composantes soit la ville, la banlieue ou la campagne.

2.3.1 La ville

Selon Hillier (2005), la ville se définit selon deux visions (Hillier, 2005). La première est d'ordre démographique et la seconde socio-culturelle. La première vision nous renvoie à l'idée de migration de population vers les espaces urbains au détriment des milieux ruraux. Dans le même ordre d'idées, Wirth (1938) utilise trois variables démographiques pour définir la ville : la taille, la densité et l'hétérogénéité de la population. En ce qui concerne la taille, Statistique Canada définit une ville comme une agglomération qui compte plus de 10 000 habitants. Pour ce qui est de la densité, Statistique Canada confirme qu'un territoire doit avoir au moins 400 habitants par km² pour être considéré comme un centre urbain (Statistique Canada., 2011). Finalement pour l'hétérogénéité, Wirth (1938) insiste sur le fait que plus il y aura de gens habitant la ville, plus il y aura possibilité de différences entre les individus. Cela rejoint la seconde vision d'ordre socio-culturelle de Hillier (2005), qui met l'accent sur la domination du mode de vie urbain dans les cultures et dans l'organisation des sociétés modernes. Selon cette idée, ce n'est plus où nous habitons qui importe, mais plutôt comment nous vivons (Hillier, 2005). Dans le même ordre d'idée, Wirth (1938) conclut que les trois variables démographiques mentionnées précédemment font en sorte que le développement urbain amène un nouveau

mode de vie : de par la densité, l'hétérogénéité et la taille de la population des villes, les relations sociales y sont impersonnelles et deviennent plus superficielles.

2.3.2 La campagne

Le rural est un milieu bien défini qui désigne globalement les campagnes. Il est sans ambiguïté l'opposé de la «ville». Dans ces milieux, la faible densité de peuplement laisse une plus grande place aux espaces naturels, aux forêts et aux champs sans nécessairement être de l'agriculture (Lévy et Lussault, 2003b). Selon Statistique Canada, le milieu rural désigne la population vivant dans les villes et municipalités situées à l'extérieur des zones de migration quotidienne des grands centres urbains (du Plessis *et al.*, 2001). Toutefois, Statistique Canada recommande fortement d'adapter la définition de ruralité en fonction de la question à examiner.

2.3.3 La banlieue

Toujours selon Lévy et Lussault (2003), le périurbain se définit comme un «géotype urbain situé à une certaine distance d'une agglomération, caractérisé par une discontinuité territoriale vis-à-vis de cette agglomération ainsi qu'une densité et une diversité faibles (p. 706)». Suivant cette définition, le périurbain est un espace entre la ville et la campagne qui se caractérise par un nombre important de migrations quotidiennes vers la ville centre pour le travail et par un développement important de maisons de type unifamiliales (Lévy et Lussault, 2003). Dans le cadre de cette étude, le terme *banlieue* sera utilisé comme synonyme pour les régions périurbaines. Par contre, dans le contexte québécois, comme le mentionnent Fortin et Després (2011), les quartiers centraux ont principalement été édifiés au début du siècle, les banlieues entre 1950 et 1985 et les secteurs périurbains connaissent un développement accéléré depuis les années 1980. Pour ces auteures, le périurbain est représenté uniquement par la troisième couronne, celles où les habitations sont plus récentes et où la distance au centre-ville est plus grande. En Amérique du Nord, les banlieues sont un prolongement de la ville mère où les gens s'installent afin d'y avoir plus de tranquillité et d'espaces tandis qu'en France notamment, le terme « banlieue » désigne des grands ensembles d'habitations de type « sociales » construits en dehors des centre-ville. Selon Smith (2000), toutes les villes canadiennes ont leurs banlieues et bien qu'elles soient des espaces distincts et autonomes, elles ont besoin de la ville centre pour exister. De plus, l'avènement du transport motorisé et les prix immobiliers ont incité les

gens à s'installer de plus en plus en périphérie de la ville, ayant comme impact que présentement, certaines aires périurbaines peuvent s'étendre au-delà de 80 km de leur centre urbain (Smith, 2000). Pour les besoins de cette étude, les milieux que nous considérons comme banlieue englobent les trois couronnes entourant les villes de Québec et de Montréal.

2.4 L'attachement au lieu

La discipline de la géographie s'intéresse à la relation entre l'individu et son milieu physique, bâti ou humanisé. D'autres disciplines dont la sociologie et la psychologie, semblent développer un intérêt grandissant envers cette relation qu'entretient l'individu avec les lieux qui l'entourent. Dans cette section, nous traiterons d'abord du lieu (*place* en anglais) pouvant prendre plusieurs formes dans la littérature reliée à l'attachement au lieu. Nous définirons ensuite le concept d'attachement au lieu selon divers facteurs qui peuvent l'influencer. La section culminera par la présentation de différents modèles qui montrent l'imbrication de ces facteurs. Nous terminerons par une justification de l'utilisation de ces concepts dans le cadre général de l'étude en cours.

2.4.1 Définition du lieu

Les définitions du lieu sont étroitement liées à celle du milieu que nous avons donnée auparavant qui consistait à être un environnement dans lequel un individu se trouve immergé et où il entretient des relations interactives avec d'autres composantes qui s'y retrouvent (Lévy et Lussault, 2003). Dans sa revue de littérature sur l'attachement au lieu, Lewicka (2011) donne une définition générique du lieu : un emplacement significatif (Lewicka, 2011). Pour Low et Altman (1992), le lieu est un espace qui a un sens pour un individu, un groupe ou une culture (Low et Altman, 1992). Un lieu varie en échelle ou grandeur, il peut être concret ou symbolique, faire partie du quotidien ou non, et peut avoir diverses caractéristiques ce qui rend sa définition complexe. (Low et Altman, 1992).

Des études antérieures ont davantage décrit le concept de lieu dans le but d'en faire une assise pour les différentes disciplines s'y intéressant tel que la géographie, la sociologie et la psychologie. Par exemple, les analyses de Relph (1976) provenant de courants plus géographiques ont permis d'identifier trois composantes au lieu : l'environnement physique, les activités qui s'y déroulent et le sens que les gens donnent au lieu, ce dernier étant l'aspect le plus difficile à identifier et à « quantifier » (Relph, 1976). Selon lui, en ne prenant pas cet aspect

en considération, les architectes et les planificateurs urbains prennent le risque de détruire des lieux ayant une forte authenticité et qui possèdent une importance sentimentale pour les individus qui les fréquentent (Relph, 1981). À la même époque, Canter (1977) suggère un modèle dérivé de la psychologie qui définit le lieu comme le résultat de la relation entre les actions, les conceptions et les attributs physiques d'un espace (Canter, 1977). Cet auteur prétend que l'influence des attributs physiques sur les processus psychologiques et sur les comportements mérite une attention particulière afin de comprendre l'importance d'un lieu pour un individu. De plus, il affirme que les individus perçoivent les lieux différemment selon l'utilisation qu'ils en font.

Pour sa part, Agnew (1987) a proposé un modèle pouvant décrire le lieu en trois parties qui s'inspire particulièrement des travaux de Relph (1976). En faisant une revue des écrits portant sur le lieu à travers les sciences sociales, il a relevé trois éléments fréquemment mentionnés. Il ressort premièrement le lieu présenté comme un *endroit* c'est-à-dire un lieu physique où il est possible de tisser des liens sociaux (par exemple un parc, un musée, etc). Deuxièmement le lieu est perçu comme une *localisation* c'est-à-dire une zone géographique ayant une échelle plus grande que les *endroits*. Nous retrouvons dans cette sphère des territoires avec des frontières fixes comme les pays, les régions et les municipalités. Troisièmement, le lieu est étudié en fonction du sens que les individus lui donnent (*sense of place*). Ainsi, selon Agnew (1987), les études portant sur le lieu ne s'intéressaient qu'à une seule des trois sphères alors qu'il faudrait, selon lui, tenir compte des trois composantes si l'on souhaite en venir à une bonne définition d'un lieu.

Bien que plusieurs écrits aient été consacrés à la conceptualisation du lieu, ses contours demeurent flous. Par contre, un consensus émerge de par le fait qu'il existe une forme d'attachement entre les individus et les lieux qu'ils habitent, de par leur histoire, leur culture et leurs expériences. La prochaine section traitera du concept d'attachement au lieu afin de mieux comprendre le processus qui fait en sorte que nous nous attachons à des lieux spécifiques.

2.4.2 Le concept de l'attachement au lieu

Tout comme le lieu, la définition de «l'attachement au lieu» est sujette à plusieurs interprétations. À quels lieux les individus sont-ils attachés est une question qui revient souvent dans la littérature. En s'appuyant sur la définition de Lewicka (2011) qui fait du lieu un «emplacement significatif », il semblerait que certaines personnes soient attachées à un lieu soit

en raison d'aspects physiques (présence d'un paysage naturel) ou encore d'aspects sociaux (liens serrés avec le voisinage). Dans leur ouvrage, Altman et Low (1992) notent que les définitions de l'attachement au lieu comprennent généralement certaines similitudes telles qu'un sentiment d'attachement, un lieu, des acteurs, des relations sociales et un aspect temporel.

Dans une revue de la littérature relatant les travaux récents sur l'attachement au lieu, Trentelman (2009), tente de mettre en lumière les dimensions de ce concept en fonction des intérêts des différentes disciplines qui l'ont étudié telles que la psychologie environnementale, la sociologie et la géographie humaine. Il est donc complexe de définir brièvement l'attachement qu'un individu éprouve pour un lieu puisque cette définition varie selon les disciplines et les types de lieux que l'on aborde. Trentelman note tout de même deux grandes dimensions : celle s'intéressant aux aspects biophysiques du lieu et celle des aspects socio-culturels.

2.4.2.1 L'attachement via les aspects biophysiques du lieu

Cette dimension de l'attachement lie les caractéristiques spécifiques d'un lieu ou d'un type de milieu et les individus par différents processus psychologiques et émotionnels. Les auteurs s'intéressant à la dimension biophysique des lieux voient davantage l'attachement au lieu à travers des modèles intégrant des sous-concepts tels que l'identité au lieu et la dépendance au lieu (Raymond, Brown et Weber, 2010). *L'identité du lieu* réfère aux dimensions individuelles telles que les sentiments à l'égard d'une construction physique spécifique (un quartier, une ville) créant une connexion symbolique définissant l'identité de chacun (Raymond, Brown et Weber, 2010). Cette idée a d'abord été élaborée par Proshansky (1978) qui affirme que l'identité individuelle est définie par la relation qu'un individu entretient avec son environnement physique immédiat. Pour Korpela (1989), l'environnement n'est pas seulement un médiateur dans la régulation de l'interaction sociale, mais aussi un moyen de créer et de maintenir son identité personnelle. Ainsi, en plus d'être une ressource pour satisfaire les besoins et les buts des individus, un lieu peut être vu comme une partie essentielle de l'individu et résulter d'un attachement émotionnel profond envers certains lieux spécifiques (Korpela, 1989). Le concept de *dépendance au lieu*, quant à lui, fait référence aux aspects fonctionnels d'un lieu. La forme d'attachement qui s'en dégage est liée au potentiel d'un lieu particulier pour satisfaire les besoins et les aspirations d'un individu et la façon par laquelle ce lieu comparativement aux autres y répond le mieux (par exemple pour des fins récréatives) (Stokols et Shaumaker, 1981).

Ainsi, le lieu répond adéquatement aux besoins de l'individu et il devient inconcevable pour celui-ci de vivre ailleurs.

2.4.2.2 L'attachement via les aspects socio-culturels du lieu

Les chercheurs s'intéressant aux aspects socio-culturels de l'attachement au lieu ont relevé que les individus peuvent s'attacher à des lieux spécifiques grâce à leurs caractéristiques sociales et culturelles. L'importance des relations sociales et de la communauté sur les individus est apparue et différents sous-concepts sont ressortis, comme par exemple, l'attachement communautaire (Raymond, Brown and Weber, 2010). Les études sur l'attachement communautaire ont démontré que l'attachement qu'éprouvent les individus à l'égard de leur lieu de résidence tend à être renforcé selon le nombre d'années de résidence d'un individu à cet endroit (Hummon, 1992). En effet, plus un individu réside longtemps au même endroit, plus celui-ci sera propice à développer des souvenirs, des liens sociaux et ainsi s'impliquer dans son milieu. L'étude d'Hummon (1992) démontre aussi que plus un lieu de résidence à une forte densité de population, moins les individus ont tendance à s'impliquer dans leur milieu et y sont ainsi moins attachés.

Les études sur l'attachement communautaire révèlent aussi que le sentiment est accentué lorsque les individus résident dans un milieu où il y a une homogénéité ethnique. L'étude de Grief (2009), qui compare des quartiers de Los Angeles en fonction de la présence de différents groupes ethniques, démontre une relation négative entre cette variable et le sentiment d'attachement des habitants. Dans cette étude de cas, les Hispaniques et les Noirs se sentiraient moins attachés à leurs quartiers que les Blancs et les Asiatiques. De plus, ce sentiment de «détachement» est plus fréquent chez les immigrants de nouvelles générations que chez les gens installés depuis plus longtemps (Grief, 2009). L'étude de Stolle *et al.* (2008) ayant eu lieu au Canada et aux États-Unis abonde dans le même sens : il existe une corrélation négative entre l'ethnicité d'un lieu (représenté par le taux d'immigrants de première génération) et le sentiment de confiance des habitants envers ce lieu. Ces constats ont aussi été faits en Australie dans l'étude de Leigh (2006), mais celui-ci tend à démontrer que ce sont davantage les diversités linguistiques qui réduisent le sentiment de confiance envers les autres habitants plutôt que leurs origines ethniques (Leigh, 2006). Par ailleurs, la littérature a recensé des résultats différents comme l'étude de Stolle *et al.* (2008) qui ont constaté que l'effet négatif à

l'égard du manque de confiance envers ses voisins se dissipe lorsque des relations sociales se créent entre eux (Stolle, Soroka et Johnston, 2008).

Plusieurs autres facteurs peuvent influencer l'attachement au lieu. Afin de les aborder rapidement, nous vous présenterons deux modèles conceptuels imbriquant les grandes dimensions du concept. Le premier, celui de Gustafson (2001), basé sur une étude empirique qualitative, relève différents thèmes qui sont ressortis des discours des entretiens effectués. Le second, celui Scannell et Gifford (2010), est basé sur une revue de la littérature.

2.4.3 Modèles théoriques de l'attachement au lieu

Plusieurs autres facteurs peuvent influencer l'attachement au lieu. Afin de les aborder rapidement, nous vous présenterons deux modèles conceptuels imbriquant les grandes dimensions du concept. Le premier, celui de Gustafson (2001), basé sur une étude empirique qualitative, relève différents thèmes qui sont ressortis des discours des entretiens effectués. Le second, celui Scannell et Gifford (2010), est basé sur une revue de la littérature.

2.4.3.1 Représentation de l'attachement au lieu selon Gustafson (2001)

L'étude de Gustafson (2001) avait comme objectif de définir un cadre de travail afin de dresser un portrait et de mieux comprendre les différentes significations des lieux pour améliorer les connaissances de la conceptualisation de l'attachement au lieu. À travers les discours des participants, Gustafson (2001) propose un cadre théorique avec trois pôles explicatifs de la signification qu'un individu donne à d'un lieu (voir Figure 9). Le premier pôle est celui du soi (*self*) qui met l'accent sur le vécu de l'individu (Gustafson, 2001). Ce pôle comprend des thèmes tels que le parcours de vie d'un individu, puisque les gens s'attachent à des lieux qu'ils côtoient fréquemment. Nous retrouvons aussi cet élément dans la littérature sur l'attachement au lieu comme étant un facteur influençant celui-ci. Par exemple, le temps passé à un endroit est souvent positivement associé à l'attachement à cet endroit (Lewicka, 2011). L'étude de Lalli (1992) démontre que plus un individu habite depuis longtemps en ville, plus il développera un sentiment d'identité « urbaine », incluant l'adoption de comportements propres à ce milieu. Ce thème imbrique aussi les différents stades de la vie qui définissent les lieux de souvenirs et d'expérience. Dans le même sens, le statut de propriétaire est aussi un facteur de prédiction de l'attachement (Lewicka, 2011). Un autre thème qui ressort dans le pôle du *soi* de Gustafson, est

celui des émotions. Plusieurs répondants associent leur lieu de résidence comme étant un lieu sécuritaire ou chaleureux. Les lieux sont aussi décrits par les participants comme des sources d'identification personnelle. Il ressort des discours que les gens utilisent leur lieu de résidence afin de se définir en y retrouvant une forme d'identification personnelle (Gustafson, 2001).

Le second pôle relié à l'attachement d'un lieu est celui que Gustafson (2001) a nommé des autres (*others*). Dans ce cas, les lieux sont attribués à des caractéristiques, des traits ou des comportements de ces habitants (Gustafson, 2001). Dans cette catégorie, il est souvent possible de retrouver des stéréotypes sur les habitants des autres milieux et les participants font souvent des comparaisons entre le «nous»/«ici» et «eux»/«là-bas». Par exemple, Félonneau (2004) dans son étude démontre que ceux préférant la ville ne craignent pas la diversité comparé à ceux choisissant les milieux ruraux plus traditionnels. Elle appelle ce phénomène «urbanophilia versus urbanophobia» (Félonneau, 2004).

Le troisième pôle est celui de l'environnement (*environment*). Gustafson (2001) affirme que, de façon récurrente, l'attachement au lieu des gens ne semble pas se référer sur le soi ou sur la perception des autres, mais plutôt sur l'environnement physique, incluant autant l'aspect naturel que l'aspect bâti d'un lieu (Gustafson, 2001). Les études qui se sont intéressées à la densité de population comme étant un déterminant de l'attachement au lieu établissent une relation négative entre cette variable et l'attachement. Ainsi, plus la densité augmente, plus l'attachement diminue (Buttall, Martinson et Wilkening, 1979; Lewicka, 2005; Wasserman, 1982). Les personnes vivant dans des lieux plus traditionnels comme des villages ou des plus petites municipalités avec une densité de population moindre, démontrent ainsi un attachement plus fort à leur lieu de résidence que ceux habitant dans de plus grandes villes. Par contre, ces résultats ne font pas l'unanimité puisque d'autres études ont obtenues des résultats à l'opposé, malgré les nuances qu'il faut y apporter. Comparant l'attachement des résidents de quatre régions rurales avec des degrés d'urbanisation différents, Theodori et Luloff (2000) ont fait le constat que les résidents des municipalités avec un plus haut taux d'urbanisation étaient ceux possédant le plus fort sentiment d'attachement. Or, cette étude ne compare que des régions rurales entre elles, ce qui ne permet pas d'établir de comparaison avec les résidents des grandes villes, par exemple. Par ailleurs, dans l'étude de Kasarda et Janowitz (1974), la variable de densité de population introduite dans un modèle statistique, est la moins significative de l'attachement. Les variables qui possèdent les valeurs les plus fortement significatives sont les relations entre les voisins et la durée de résidence (en nombre d'années). Bien que la densité semble être un bon point de départ pour prédire l'attachement à un lieu, cette variable n'est

possiblement pas la seule, ni la plus importante. Nous retrouvons aussi les traits spécifiques d'un lieu tel que des festivals ou des événements particuliers dans le pôle *environnement*. Un autre thème attribué à ce pôle est celui de l'environnement institutionnel puisque les lieux peuvent aussi représenter différentes politiques ou pratiques des institutions (Gustafson, 2001).

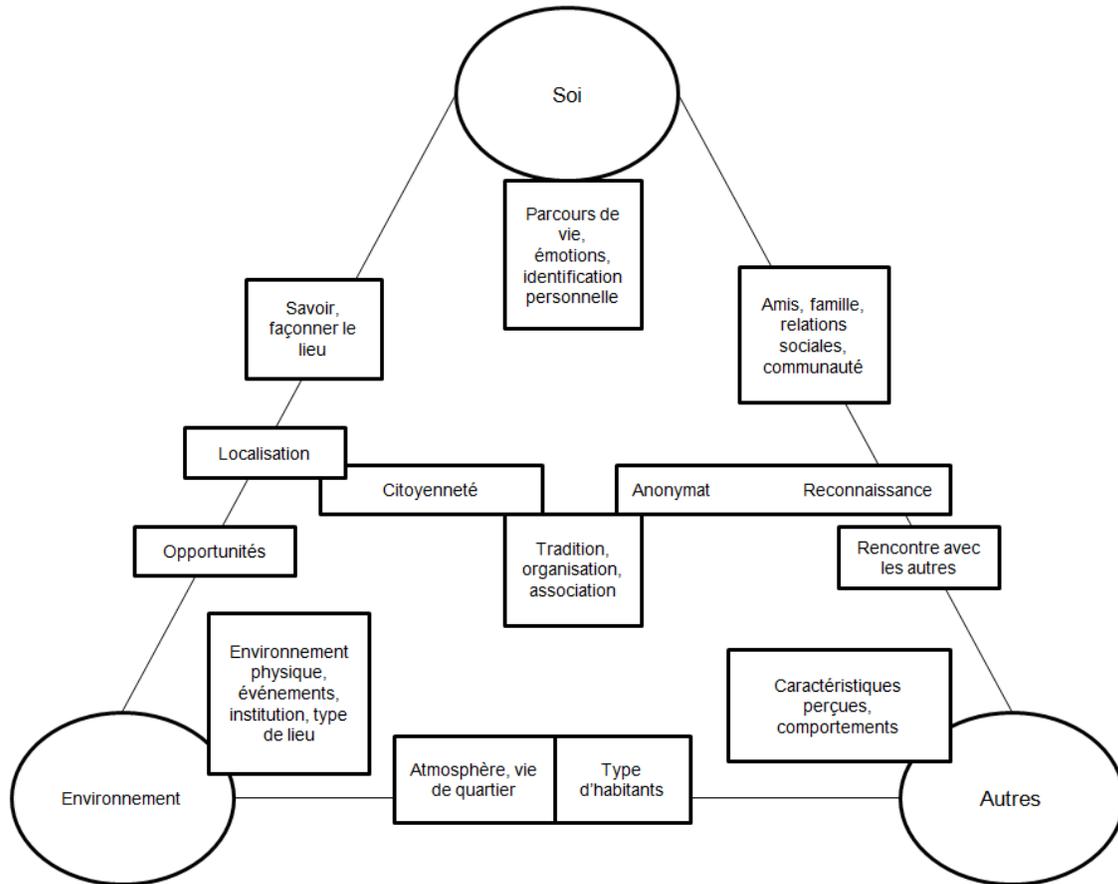


Figure 9 : Représentation de l'attachement au lieu selon Gustafson (2001)

Source : E. Carrier, adaptation de Gustafson (2001)

Comme nous pouvons le remarquer à la figure 9, certains thèmes ressortent entre les pôles principaux. Entre les pôles *soi* et *les autres*, Gustafson (2001) propose un sous thème qu'il nomme *self-others*. Selon les résultats de ces entretiens, les relations sociales qui se tissent dans certains lieux augmentent la signification de ceux-ci pour les individus. Ces nouveaux liens créent souvent un sens de communauté pouvant varier selon l'échelle spatiale (quartiers, villes, régions). Ainsi, un parallèle peut être fait avec les études menées sur les aspects socio-culturels des lieux que nous avons présentés précédemment.

Le second sous pôle est celui reliant *les autres avec l'environnement (others-environment)*. Pour Gustafson (2001), certains thèmes abordés étaient difficiles à classer que ce soit dans le pôle des *autres* ou celui de *l'environnement*. Plusieurs répondants ont parlé de l'atmosphère de leur quartier, du climat ou de l'ambiance d'une ville. Un lieu peut ainsi être caractérisé par l'ambiance que lui donne ses habitants. Le troisième sous pôle est celui regroupant *l'environnement* et le *soi*. Cette relation se traduit souvent grâce aux connaissances que l'individu a du lieu. Certains font des références formelles à la géographie ou à l'histoire d'un lieu tandis que pour d'autres, les connaissances s'acquièrent avec le temps en fréquentant le lieu quotidiennement. Un sujet touchant particulièrement ce sous-pôle est celui de l'implication des individus dans leur milieu que ce soit au niveau des activités offertes ou encore de l'implication citoyenne. Finalement, certains thèmes sont abordés dans tous les pôles du schéma de Gustafson (2001) comme les traditions, les festivals et les fêtes qui impliquent le *soi*, les *autres* et *l'environnement* (voir le centre de la Figure 9).

Bien que le modèle de Gustafson (2001) soit pertinent et que les caractéristiques qu'il relève en lien avec l'attachement au lieu s'imbriquent avec la littérature, nous ne retiendrons pas ce modèle ici. Nous trouvons intéressant de le présenter afin de compléter notre définition du concept d'attachement au lieu, mais aussi parce que cette étude a influencé plusieurs autres chercheurs dont Scannell et Gifford (2010) dans la construction de leur modèle.

2.4.3.2 Le modèle de Scannell et Gifford (2010)

Plus récemment, Scannell et Gifford (2010) ont proposé un modèle afin de définir et mesurer l'attachement au lieu, se basant sur une revue de la littérature des travaux sur le sujet publié jusqu'à ce jour. Ce modèle propose aussi trois ensembles de facteurs pouvant influencer l'attachement au lieu, soit l'individu, les processus psychologiques et le lieu (voir Figure 10). La première dimension, soit celle de l'individu, se divise en deux niveaux, soit ceux de *l'individu en soi* et du *groupe* (communauté). Le niveau individuel implique les rapports personnels qu'un individu entretient à l'égard d'un lieu. Par exemple, comme nous l'avons mentionné précédemment, l'attachement à un lieu est plus fort lorsque celui-ci évoque des souvenirs (Scannell et Gifford, 2010a; Twigger-Ross et Uzzell, 1996). Au niveau du groupe, l'attachement se définit à travers un sens symbolique. Par exemple, un lieu peut être significatif au niveau historique, culturel ou religieux (Scannell et Gifford, 2010a).

La seconde dimension est celle des processus psychologiques. Cette dimension s'intéresse à la façon par laquelle les individus ou les groupes établissent un rapport avec un lieu. La création de ce lien peut se faire à travers trois processus: l'affectif (*affect*), le cognitif (*cognition*) et le comportemental (*behavior*) (Jorgensen et Stedman, 2001; Scannell et Gifford, 2010a). Le premier, l'affectif, fait référence aux auteurs qui abordent l'attachement au lieu comme étant le fruit d'une connexion émotionnelle, authentique et habituellement positive entre le résident et ce lieu. Cette connexion peut aussi parfois être négative, comme l'a démontré Manzo (2005) alors que les personnes concernées vont volontairement éviter certains lieux puisqu'ils en ont des souvenirs négatifs. Le second, le cognitif, regroupe toutes les croyances, connaissances et création d'identité propres à chacun, mais possiblement en lien avec les lieux. Le dernier processus est celui qui a trait aux comportements individuels et aux actions concrètes à partir desquels l'attachement se crée (Scannell et Gifford, 2010a). Un exemple d'action généralement posée est celle de maintenir un lien étroit avec l'endroit auquel l'individu est attaché : d'y retourner périodiquement (Hidalgo et Hernandez, 2001; Scannell et Gifford, 2010a).

La troisième et dernière dimension du modèle proposé par Scannell et Gifford (2010) est celle du lieu en tant que tel. Tel que mentionné précédemment, le lieu peut se matérialiser à différentes échelles géographiques et se divise généralement en deux niveaux soit le physique et le social (Scannell et Gifford, 2010a). L'attachement au lieu peut se traduire aussi à travers le bâti et les infrastructures (Scannell et Gifford, 2010a). Les types de lieux auxquels les gens s'attachent peuvent être de toutes sortes : maisons, rues, un quartier ou des milieux naturels tels qu'une montagne ou un lac (Manzo, 2005; Scannell et Gifford, 2010a). Dans son étude, Kaltenborn (1998) s'intéresse à l'attachement que les habitants d'îles nordiques éprouvent à l'égard de ces milieux naturels. Les résultats démontrent que ceux qui y demeurent l'année entière sont plus attachés aux milieux naturels que les habitants saisonniers (Kaltenborn, 1998). L'étude d'Hidalgo et Hernandez (2001) a aussi noté que les participants avaient un attachement particulier envers leur maison. La recension des écrits à l'origine du modèle réaffirme que la plupart des études portant sur l'attachement au lieu mettent davantage l'accent sur l'aspect social. Un constat général ressort : les gens s'attachent à des lieux où les relations sociales sont facilitées et où la création d'une identité de groupe, voire d'une communauté, est possible (Scannell et Gifford, 2010a).

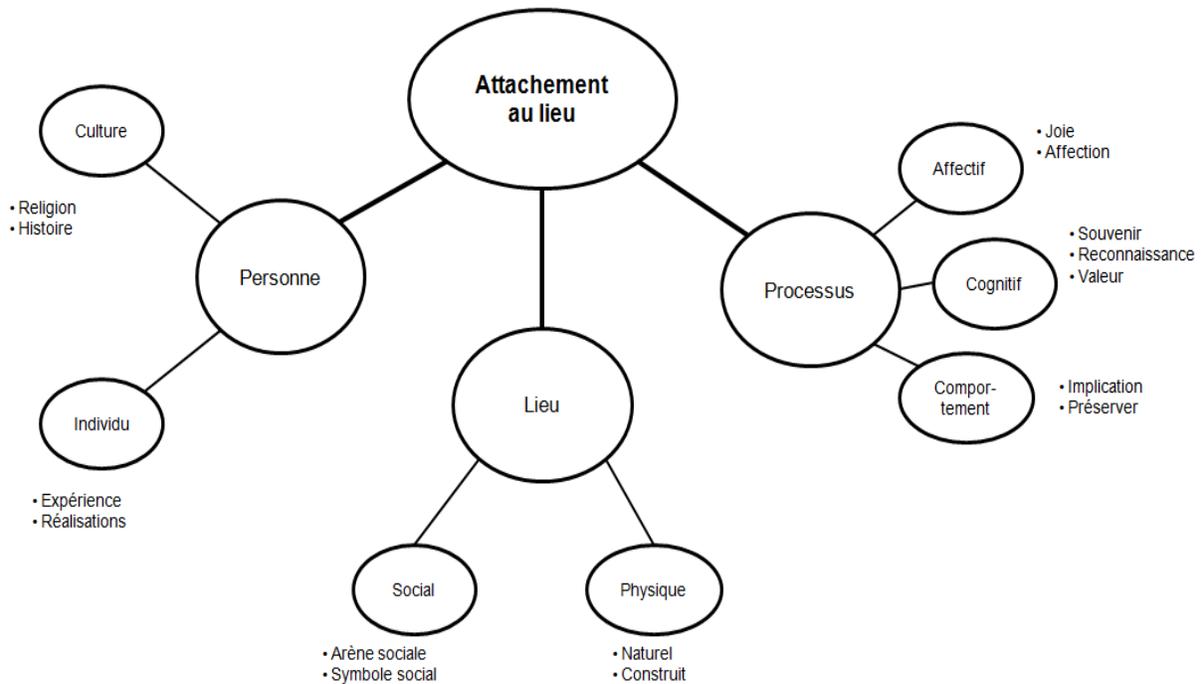


Figure 10 : Modèle définissant l'attachement au lieu selon Scannell et Gifford (2010)

Source : É. Carrier, adaptation de Scannell et Gifford (2010)

Bien que plusieurs aspects soient similaires entre le modèle de Scannell et Gifford (2010) et celui de Gustafson (2001), celui de Scannell et Gifford (2010) accorde une plus grande importance aux processus psychologiques en l'intégrant en tant que dimension à part entière avec des aspects bien précis pour le mesurer. C'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser ce modèle dans le cadre de notre étude, puisque cette composante est primordiale lorsqu'il est question d'adoption de comportement. De plus, tel que mentionné, Gustafson (2001) sépare complètement les dimensions du *soi* et des *autres* donnant une importance accrue à la perception que les individus ont d'autrui. Dans le cadre de cette étude, nous préférons une approche davantage écologique que sociale. En ce sens, les questions faisant partie de notre guide d'entretien sont en adéquation avec les éléments du modèle de Scannell et Gifford.

2.4.3.3 Attachement au lieu et adoption de comportement spécifique

Lorsqu'il est question de l'influence de l'attachement sur des comportements ou des états de santé, la littérature se fait rare. De façon générale il ressort qu'être attaché à son milieu est

quelque chose de positif pour les individus. Par exemple, Theodori et Luloff (2000) ont étudié un échantillon d'habitants de quatre communautés de l'État de la Pennsylvanie et a montré que l'attachement correspondait à un état de bien-être pour les individus. Lewicka (2010) signale dans son enquête que les personnes attachées à leur lieu de résidence, comparativement à ceux qui ne le sont pas, étaient généralement plus satisfaits de leur vie, avaient des relations avec leurs voisins plus fortes et étaient plus ancrées à leurs racines familiales. Il serait ainsi facile de déduire que les personnes attachées à leur milieu pourraient être plus enclines à s'impliquer. Par contre, ce lien n'a pas encore été entièrement démontré dans la littérature et jusqu'à présent, les avis demeurent partagés en ce qui a trait à l'influence de l'attachement sur certains comportements.

Jusqu'à présent, les études portant sur les comportements de préservation environnementale sont les plus documentées. Par exemple, Vaske et Kobrin (2001) et Scannell et Gifford (2010b) ont démontré que les gens avec un attachement au lieu sont plus propices à adopter des comportements écologiques comme faire du recyclage ou adopter des stratégies d'économies liées à l'eau. D'autres études, comme celles de Kaltenborn (1998) et Carrus, Bonaiuto et Bonnes (2005), ont davantage mis l'accent sur des comportements de préservation du milieu auquel les personnes sont spécifiquement attachées. Dans l'étude de Kaltenborn (1998), il est sujet de préservation d'île au nord de la Suède tandis que dans celle de Carrus, Bonaiuto et Bonnes (2005), les comportements sont reliés à la préservation de parcs en Italie.

À l'inverse, des études ont relevé des associations négatives ou nulles entre l'attachement au lieu et l'implication personnelle dans son milieu. Les études de Lewicka (2005) et celle de Perkins et Long (2002) n'ont pas trouvé de lien entre l'attachement au lieu et la volonté personnelle à s'impliquer dans différentes formes d'activités sociales dans leur milieu. De plus, l'étude d'Oropesa (1992) a même démontré une association négative entre l'engagement personnel dans une association de quartier et l'attachement au lieu. Ainsi, comme le démontre ces études, le fait d'être attaché à son milieu n'amène pas automatiquement un individu à vouloir s'y impliquer. Finalement, comme le soulève le modèle utilisé par Lewicka (2005), les variables mesurant le capital social et le capital culturel sont plus significatives que le sentiment d'attachement pour mesurer la volonté d'entreprendre des actions dans son milieu.

Les études qui se sont intéressé aux comportements de santé ont davantage utilisé d'autres cadres conceptuels que celui proposé par Scannell et Gifford (2010), comme ceux provenant de la notion de capital social, pour mesurer l'influence de l'attachement (au lieu) sur des comportements de santé. Par exemple, l'étude de Wray-Lake *et al.* (2012) porte sur l'influence

de l'attachement communautaire sur la consommation de drogue et d'alcool des adolescents. Ils analysent l'attachement communautaire à travers des variables liées au capital social telles que la confiance et les valeurs sociales. Leurs résultats démontrent que lorsqu'un jeune ressent un fort attachement communautaire, il sera moins enclin à fumer la cigarette, de la marijuana, à consommer de l'alcool ou six autres types de drogues présentées dans leur étude (Wray-Lake *et al.*, 2012). Autre que cette étude, il semblerait que peu de chercheurs se soient penchés précisément sur l'influence de l'attachement au lieu sur l'adoption de divers comportements liés à la santé. C'est pourquoi nous avons choisi de nous y intéresser dans le cas du don de sang, qui repose sur une implication personnelle certaine.

2.5 Modèle conceptuel des déterminants de la pratique du don de sang selon les milieux

Dans le cadre de la présente étude, nous proposons d'analyser le comportement de donneurs actifs et inactifs en fonction d'un modèle unique combinant à la fois les dimensions structurelles du modèle de Cohen et celle définissant l'attachement au lieu de Scannell et Gifford. La combinaison de ces deux approches dans un seul modèle analytique nous permettra de relever les différences entre les milieux, à la fois quant à leur appartenance au lieu mais aussi quant à leur environnement structurel. Cette vision plus large des caractéristiques de l'environnement entourant les donneurs de sang permettra de jeter un nouveau regard sur les variations dans les taux de don selon les milieux de vie. Nous croyons que chaque composante de ce modèle aura une influence quelconque sur la volonté de donner du sang. La figure 11 présente le modèle complet que nous avons élaboré afin d'analyser les variables pouvant affecter le comportement de don de sang. Dans un premier temps, nous retrouvons dans ce modèle les facteurs structurels proposés par le modèle écologique de Cohen *et al.* (2000) représentés par des carrés de couleur bleu. Selon notre modèle, nous définissons le premier facteur, celui de la disponibilité comme étant l'accès à des produits sanguins en cas de besoin. Les structures physiques quant à elles peuvent représenter différents aspects que ce soit la distance géographique à un lieu de collecte ou des aspects organisationnels sur les lieux de collectes. Les structures sociales touchent l'influence des pairs à l'égard de la pratique du don de sang. Finalement les messages médiatiques et culturels consistent en l'opinion générale des donneurs et de la société envers le don de sang. Les deux dimensions du modèle, qui sont en vert, représentent l'attachement au lieu tel que défini par Scannell et Gifford (2010). Comme il

sera présenté dans la section 3.4, le guide d'entretien a été construit afin de faire ressortir les thèmes en lien avec les processus psychologiques de ce modèle (l'affectif, le cognitif et le comportemental), de même que pour la variable sur les caractéristiques au lieu. La variable sur le niveau individuel (en rouge) est abordée dans le modèle de Scannell et Gifford (2010) à travers les rapports qu'entretient un individu avec son lieu de résidence mais aussi à travers l'identité qui se crée avec les autres résidents de ce milieu. Nous jugeons que pour la présente étude, il sera plus pertinent d'analyser cette variable en lien avec la santé individuelle plutôt qu'avec l'attachement au lieu puisque notre première prémisse est d'étudier le don de sang comme un comportement de santé. Ainsi avec cette variable, nous souhaitons relever les effets ressentis suite à un don de sang sur la santé individuelle des participants.

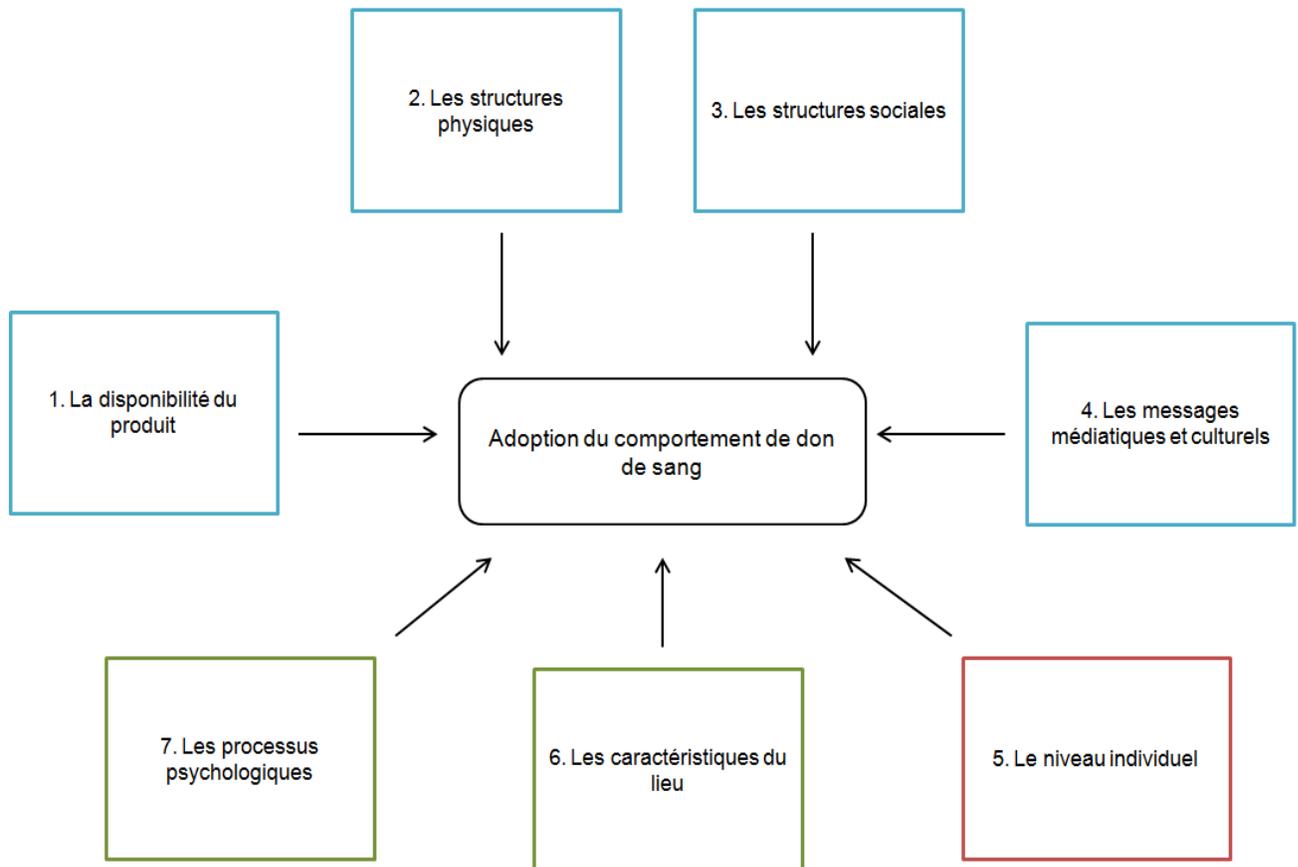


Figure 11 : Modèle conceptuel des déterminants de la pratique du don de sang selon les milieux

Source : É. Carrier, adaptation de Cohen *et al.* (2000) et de Scannell et Gifford (2010)

Nous croyons que chaque composante de ce modèle a une certaine influence sur la volonté de donner du sang. À l'aide de ce modèle unique et original, nous espérons élucider deux points : le premier à savoir quelles sont les composantes ayant un impact significatif, tant positif que négatif, sur l'adoption du comportement de don de sang. Le second, relever si le fait d'avoir un sentiment d'attachement fort peut influencer un individu à donner plus fréquemment du sang. Ainsi, nos résultats amèneront de façon exploratoire des pistes d'explication sur le fait que les régions rurales soient plus performantes en termes de don de sang (Cloutier, Apparicio et Charbonneau, 2011).

CHAPITRE 3 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre présente de façon succincte notre stratégie méthodologique. Elle débutera par le choix de l'outil méthodologique et du territoire à l'étude. Nous décrirons ensuite l'échantillon et les thèmes abordés dans le guide d'entretien. Elle se terminera par une présentation des outils d'analyse et le traitement des données.

3.1 Le territoire à l'étude

Puisque nous voulons comparer différents facteurs pouvant affecter la pratique du don de sang selon trois milieux de vie et que le temps, de même que le budget alloués à ce projet étaient limités, nous avons sélectionné un sous-ensemble de territoire pour le recrutement des personnes à interviewer. Cette sélection s'est effectuée à partir des travaux d'Apparicio *et al.* (2009) illustrant la géographie du don de sang au Québec. Dans ce rapport, les auteurs ont créés des profils sociodémographiques à partir de trois étapes d'analyses. Dans un premier temps, une analyse en composantes principales (ACP) a été opérée sur quatre variables en lien avec la structure par âge. Cela leur a permis d'obtenir une nouvelle variable synthétique résumant l'âge par MRC. Dans un second temps, la méthode du K-Means a été mobilisée sur cinq variables sociodémographiques sélectionnées (la densité de population, le taux d'immigrants, le revenu, le niveau de scolarité et la structure par âge (voir tableau 4). Ils ont ainsi obtenu une typologie des 98 MRC en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques. En dernier lieu, ils ont calculé le nombre moyen de dons pour 1000 habitants selon le sexe et les différents groupes d'âge afin d'obtenir un ratio qu'ils ont associé à chacun des profils sociodémographiques provenant de la classification K-Means.

Tableau 4 : Variables utilisées dans la typologie des MRC

Variables	Mesures
Structure par âge	Facteur 1 provenant d'une analyse factorielle sur les groupes d'âge (20-29 ans; 30-44 ans; 45-64; 65-79)
Densité de la population	Nombre d'habitants au km ²
Immigration	Part des immigrants dans la population totale
Revenu	Revenu médian des individus
Scolarité	Part des personnes de 20 à 64 ans avec une formation universitaire

Source : Apparicio *et al.* (2009)

Les résultats de cette classification, présentés au tableau 5, illustrent dix profils sociodémographiques distincts. Par ailleurs, lorsque les différents profils sont comparés en fonction du nombre moyen de dons annuel par 1000 habitants, certaines régions se démarquent. Par exemple, les *MRC urbaines autres que Montréal* (type B) et les *villes moyennes avec une structure par âge «jeune»* (type C) ont de fort nombre moyen de dons alors que la quasi-totalité des profils rattachés aux *régions rurales et périphériques* (types F, G, H, I, J) ne se démarquent pas, sauf pour le type E, qui a un nombre moyen de dons plus élevé que la moyenne québécoise (68 versus 58). Ce dernier résultat semble contredire certaines hypothèses présentes dans la littérature en ce qui a trait à l'effet du « rural » (Piliavin et Callero, 1991; Simon, 2003).

Tableau 5 : Résultats de la typologie des MRC

Classes	Nombre moyen de dons par année pour 1000 habitants
Québec (total pour la province)	58
A. Centre de la métropole montréalaise	41
B. MRC urbaines autres que Montréal	70
C. Villes moyennes avec une structure par âge jeune	77
D. Villes moyennes avec une structure par âge vieillissante	56
E. Régions rurales un peu vieillissantes	68
F. Régions rurales vieillissantes avec des bas revenus	51
G. Régions rurales vieillissantes avec de très bas revenus	40
H. Régions rurales très vieillissantes	48
I. Régions périphériques avec une structure par âge similaire à l'ensemble du Québec	66
J. Régions très périphériques avec une structure par âge jeune	71

Source : Aparicio *et al.* (2009)

Quatre profils ont été choisis pour la sélection des participants : le *centre de la métropole montréalaise* (type A), les *MRC urbaines autres que Montréal* (type B), les *villes moyennes avec une structure par âge jeune* (type C) et les *régions rurales un peu vieillissantes* (type E) (voir Figure 12 pour la localisation des MRC retenues). Nous avons choisi ces quatre classes, car selon nous, elles représentent les trois grands types de régions que nous désirons explorer soit les milieux urbains, ruraux et les banlieues.

L'étape subséquente a été de déterminer le milieu d'appartenance de chacune des MRC choisies en fonction de leurs codes postaux. Nous avons tout d'abord attribué le statut de «milieu urbain» à l'ensemble de l'île de Montréal, ainsi qu'au noyau central de la Ville de

Québec (en fonction de la densité de population). Le statut de « milieu rural » a ensuite été appliqué à tous les codes postaux qui se trouvaient à plus de 40 km des milieux urbains. Finalement, le statut de « milieu de banlieue » a été désigné à toutes les municipalités de la région métropolitaine de Montréal et de Québec qui n'étaient ni rurale ni urbaine (voir Figure 12 pour les MRC sélectionnées.)

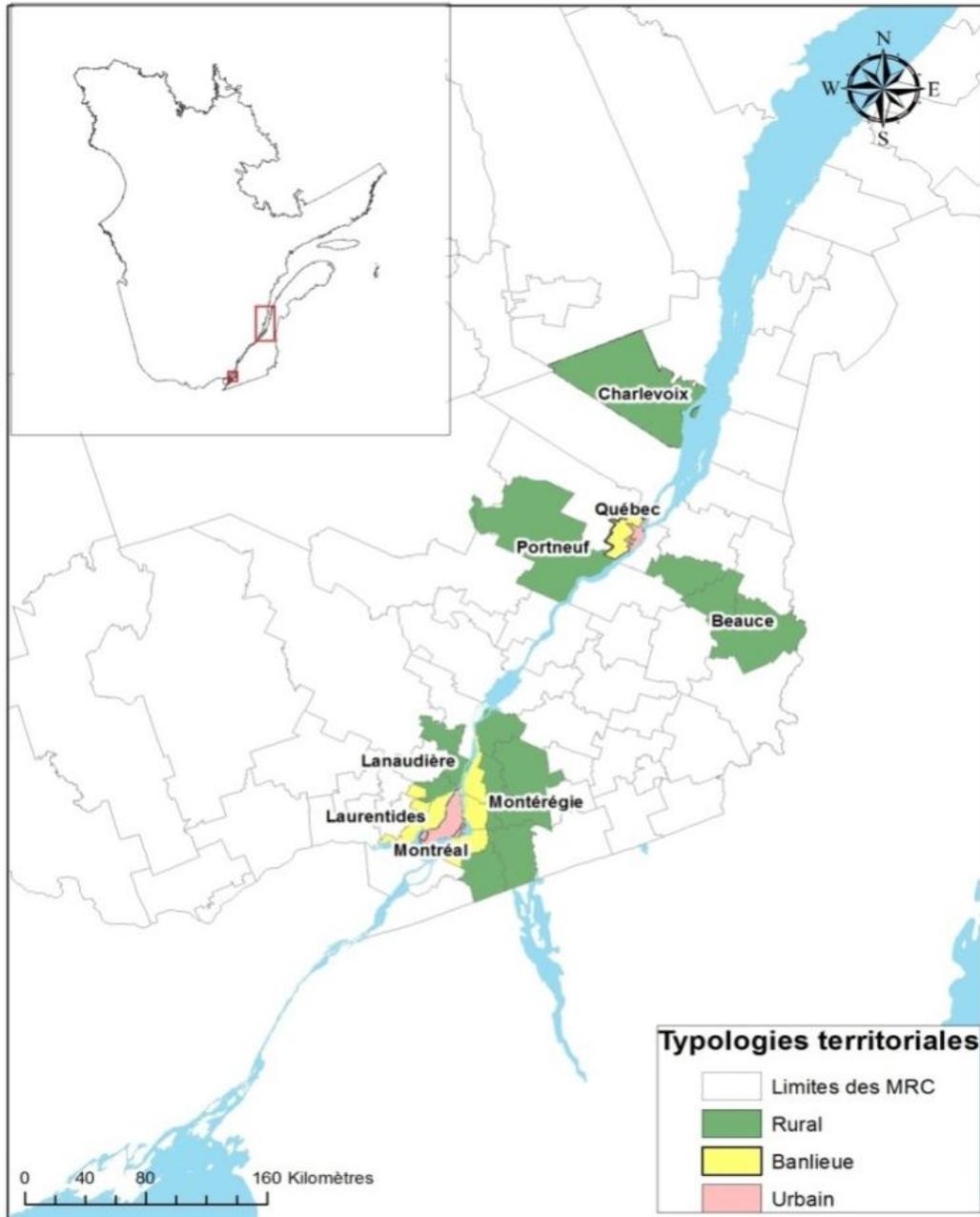


Figure 12 : Localisation géographique de l'étude

3.2 Le choix de l'entretien semi-dirigé comme méthode de collecte

La présente recherche se base sur une stratégie méthodologique qualitative. Cette stratégie se justifie selon le mode de récolte de données : des entretiens semi-dirigés. De plus, la collecte a été menée d'une manière «naturelle», sans appareil ou de mises en situation, afin de faire ressortir les perceptions et les opinions des individus. L'analyse des données s'est donc concentrée sur le sens des propos plutôt que sur leur signification statistique (Paillé et Mucchielli, 2008).

L'entretien est une méthode qualitative nous donnant accès aux perceptions et aux opinions de l'individu, devenant ainsi un moyen de faire ressortir des problèmes ou des idées cachés. Nous croyons que cette méthode est la plus appropriée pour recueillir les données requises puisque les individus seront amenés à nous parler de leur expérience et nous fournir à travers des questions précises, les informations nécessaires à notre étude. De plus, l'entretien peut être une méthode complémentaire à d'autres techniques qui ont déjà été explorées auparavant sur notre sujet d'étude, notamment dans le rapport d'Apparicio *et al.* (2009) ayant utilisé des méthodes quantitatives. Nous possédons déjà plusieurs connaissances au niveau statistique et maintenant, nous souhaitons aborder des thèmes plus personnels aux individus. Il nous sera ensuite possible de relever les différences en lien avec chacun des milieux de vie. Il sera important lors des entretiens de développer une relation de confiance avec les individus afin qu'ils ne se sentent pas jugés et que leur témoignage n'en soit pas biaisé. Nos questions ont été formulées de façon diverses mais le plus large possible afin d'amener des réponses ouvertes.

3.3 Description de l'échantillon

La sélection des participants a été effectuée à partir de la base de données *Progesa* (base des donneurs d'Héma-Québec) en utilisant des critères spécifiques : statut de donneur actif ou non (au moins 3 ans sans don), être âgé entre 30 et 45 ans et résider à l'intérieur des zones d'étude présélectionnées selon le code postal. Cette liste comprenait 2000 noms et un premier contact par téléphone a été fait. Lors de ce premier appel, nous présentions rapidement les objectifs de la recherche et invitons les participants à une rencontre pour discuter de leur expérience de don. Nous leur demandions aussi si leur condition de santé leur permettait toujours de donner du sang. Cela était notre unique critère de sélection : le participant devait être éligible au don de sang (i.e : ne pas avoir reçu une interdiction permanente). Nous avons

comme objectif de recruter environ 20 participants par milieu, soit 10 donneurs actifs et 10 donneurs inactifs. Le fait d'avoir des donneurs actifs et inactifs nous a permis d'obtenir des résultats contrastés. Par contre, comme il sera mentionné dans la prochaine section, notre analyse s'est concentrée sur les différences évoquées dans les discours entre les participants en fonction de leur milieu de vie plutôt que sur leur statut de donneur actuel ou ancien. Ainsi, à partir d'une expérience commune à tous (au moins UN don de sang), nous tenterons de savoir si les milieux de vie ont pu influencer le comportement de ces personnes dans leur expérience de don de sang.

Trois stagiaires ont effectué les entrevues entre août 2010 et mars 2011 dans différentes régions du Québec. Nous retrouvons, dans le tableau 6, la répartition de l'échantillon final (entrevues et pré-test) selon le milieu de vie et le statut de donneur actif ou non et au tableau 7 la distribution démographique des participants.

Tableau 6 : Répartition de l'échantillon final

Profils sociodémographique retenus	Type de milieu	Nombre de MRC visitées	Nombre de donneurs actifs	Nombre de donneurs inactifs
Centre de la métropole montréalaise	Île de Montréal : <i>urbain</i>	1	8	10
MRC urbaines autres que Montréal	Centre-ville de Québec : <i>urbain*</i>	1	3	2
	Reste des MRC du profil : <i>banlieue</i>	9	8	8
Villes moyennes avec une structure par âge jeune	Rural	5	4	4
Régions rurales un peu vieillissantes	Rural	8	6	4
Total		24	29	28

Tableau 7 : Distribution démographique des participants

Milieux / Échantillon	Urbain		Banlieue		Rural	
	Donneurs actifs	Donneurs inactifs	Donneurs actifs	Donneurs inactifs	Donneurs actifs	Donneurs inactifs
Nombre de femmes	5	6	5	3	5	6
Nombre d'hommes	6	6	3	5	5	2
Moyenne d'âge des femmes	40	37	38	38	40	38
Moyenne d'âge des hommes	39	41	39	40	38	39

3.4 Thèmes et guide d'entretiens

Le guide d'entretien se divise en trois parties (voir le guide en entier à l'annexe 1). Le premier thème de l'entretien concerne l'expérience de don de sang du participant. De façon générale, dans cette section nous cherchons à connaître les motivations de l'individu, mais aussi les raisons de l'arrêt pour les donneurs inactifs. Cette première partie nous permettra de documenter les différentes structures liées au modèle de Cohen *et al.* (2000). Quatre sous thèmes sont représentés pour cette partie :

- 1) Expérience de don de sang : premier don, service sur place, lieux de collecte : nous aimerions savoir ce qui a poussé l'individu à aller donner du sang, si ces raisons sont toujours les mêmes et si certaines choses ont changé avec le temps (dont notamment l'accueil lors des collectes).
- 2) Routine de dons : fréquence, influence dans le temps : nous cherchons à savoir de quel type de donneur est le participant, à combien de reprises celui-ci donne-t-il par année, quels sont les rappels qu'ils préfèrent, etc. Ce dernier élément inclut les messages publicitaires d'Héma-Québec, rejoignant le volet « messages médiatiques et culturels » de notre modèle.
- 3) Représentation du don de sang (personnel et sociétal) : dans cette section nous voulons savoir le niveau d'importance qu'accorde l'individu au geste du don de sang, mais aussi celui qu'il pense que la société accorde à ce geste. Comme la section précédente, les réponses de cette partie enrichiront le volet « messages médiatiques et culturels ».
- 4) Connaissance d'Héma-Québec : nous voulons évaluer la connaissance de l'individu à l'égard d'Héma-Québec, des mesures de sécurité qui sont adoptées et son opinion général à propos de l'organisme. Cette section traite aussi de la gestion du sang une fois qu'il est recueilli et si les participants croient que des pertes ont lieu.

La seconde partie de l'entretien aborde la question de la santé en lien avec le don de sang. Cette section a été construite dans l'optique d'aborder le don de sang comme un comportement de santé et une section a été consacrée pour le facteur de disponibilité du sang en cas de besoin. Cette seconde section du guide d'entretien comprend cinq sous thèmes :

- 1) Définition et représentation de la santé personnelle : nous souhaitons connaître la définition de la santé selon les participants et si selon eux, ils se considèrent en santé et ce qu'ils font afin de s'y maintenir

- 2) Santé et don de sang : dans ce volet nous voulions savoir s'il est important pour les participants d'être en santé pour donner du sang et quelles sont les éléments pouvant les limiter à faire un don.
- 3) Besoin de sang : ce sous thème traite de la disponibilité en sang en cas de besoin. Nous avons demandé aux participants s'ils croyaient qu'il y aurait du sang de disponible si eux-mêmes ou un membre de leur famille en avait besoin. Si oui, pourquoi selon eux l'accès est facile.
- 4) Inconvénients à donner du sang : nous souhaitons connaître si les participants percevaient des inconvénients à donner du sang et si oui lesquels.
- 5) Avantages à donner du sang : nous souhaitons connaître si les participants percevaient des avantages à donner du sang et si oui lesquels.

La troisième section du guide d'entrevue concerne l'attachement au lieu et l'environnement quotidien de l'individu. Dans cette section, nous cherchons à aller plus en profondeur sur les lieux de résidence actuel et passé de l'individu. Ce volet comprend six sous thèmes :

- 1) Le lieu de résidence actuel : nous voulons savoir ce qui les a amené à s'établir à cet endroit et quels ont été les facteurs influençant leur choix.
- 2) Le voisinage : nous voulons savoir quels types de relations ils entretiennent avec leurs voisins à savoir si ce sont de très bons contacts, s'ils ont des points en commun (le même mode de vie par exemple) et s'ils ont de la famille, de même que des amis qui habitent près d'eux. Dans cette section, nous voulons analyser les structures sociales qui sont dans l'environnement de vie de l'individu.
- 3) L'implication dans le milieu : nous aimerions voir si l'individu est impliqué dans des organisations près de chez lui (et plus précisément dans son quartier).
- 4) Sentiment d'appartenance au lieu de résidence : nous souhaitons savoir si l'individu se sent bien dans son environnement et à quel point celui-ci est important.
- 5) Parcours résidentiel et lieux importants : nous voulons connaître le parcours résidentiel de l'individu et s'il a déménagé souvent.
- 6) Comparaison avec les environnements : nous débutons la section en demandant à l'individu dans quel type d'environnement habite-t-il selon lui à savoir urbain, rural, ou banlieue. Ensuite, nous lui demandons quelles sont les différences les plus importantes entre les environnements, que ce soit au niveau spatial, physique, bâti, mais aussi au niveau des relations entre les individus.

Enfin, nous terminons l'entretien en demandant aux participants qu'ils nous donnent leurs définitions personnelles des concepts d'attachement à un lieu, d'appartenance territoriale et si selon eux, l'appartenance territoriale a une influence sur le don de sang. Nous souhaitons que les participants nous donnent leurs définitions personnelles à ce sujet pour ainsi relever si l'environnement a une influence sur l'adoption de comportement. Nous cherchons également à savoir si, dans leur cas, leur milieu de vie a joué un rôle dans leur motivation à donner du sang. Les réponses à ces questions nous permettront de mettre en perspective nos propres résultats lors de la discussion présente à la fin de ce mémoire.

Le guide d'entretiens a été évalué lors de six entrevues «prétest». Toutes les questions ont été retenues, mais l'ordre des parties a été modifié : les premiers entretiens débutaient par la partie sur la santé, tandis que le guide final débutait par l'expérience du don. Lors des «prétests» nous avons trouvé que l'entretien débutait avec des questions un peu trop personnel et que les participants ne se sentaient pas nécessairement confortable de divulguer autant d'information sur leur santé personnelle et ne voyait pas le lien avec le don de sang. Nous avons donc décidé de débiter l'entretien par l'expérience de don du donneur suivi des questions sur la santé et terminer par la partie sur l'appartenance. En raison de ces changements mineurs, nous avons conservé les entrevues effectuées en «prétest» dans nos analyses finales.

3.5 Outils d'analyse et traitement de données

Lorsque les entretiens ont été terminés, nous avons envoyé les enregistrements à la transcription afin d'avoir une version papier des résultats. Nous avons ensuite procédé à une analyse des « verbatims » par thème selon les facteurs utilisés dans le modèle de Cohen *et al.* (2000) et les dimensions de celui de Scannell et Gifford (2010). L'analyse par thème consiste à la transposition d'un corpus de données en un certain nombre de thèmes représentés dans le contenu étudié et ce, en lien avec le sujet de recherche (Paillé et Mucchielli, 2008). L'analyse thématique a deux principales fonctions. La première est de repérer tous les thèmes pertinents en lien avec les objectifs de recherche. La seconde est d'analyser d'un matériau à l'autre si certains thèmes se répètent et dans quel contexte. Notre guide d'entretien était divisé en trois sections: les expériences de don de sang passées (1), les perceptions sur la santé individuelle des participants en lien avec le don de sang (2) et le parcours résidentiel, l'implication communautaire et l'attachement au lieu (3). Dans ces trois parties, nous retrouvons les sept dimensions de notre modèle analytique présenté au chapitre 1. Le Tableau 8 présente ces

dimensions en donnant des exemples des questions que l'on retrouve dans le guide. Toutes ces dimensions ont été analysé en prenant en considération les milieux séparément : la ville, la campagne, la banlieue.

Tableau 8 : Grille utilisée pour l'analyse de données

Dimension	Thème	Exemples de questions
Disponibilité	(2)	Si un jour <i>vous</i> ou une personne que vous connaissez a besoin de sang, est-ce que vous pensez que vous allez y avoir accès facilement? Si oui, pourquoi vous pensez que l'accès est facile?
Structures physiques	(1)	Est-ce que vous connaissez des lieux de collecte accessible dans votre quotidien? Où sont-ils? (près du travail, de la maison, des lieux de loisirs)
Structures sociales	(1)	Connaissez-vous d'autres personnes qui donnent du sang? Rencontrez-vous des personnes que vous connaissez sur les sites de collecte (bénévoles, amis)?
Messages culturels et médiatique	(1)	Selon vous, quelle est l'image du don de sang dans la population québécoise? Et dans votre entourage?
Aspects individuels	(2)	Quels effets ressentez-vous après avoir donné du sang?
Processus psychologiques	(3)	Êtes-vous impliqué dans votre communauté? Est-ce important pour vous d'habiter ici? Pourquoi?
Caractéristiques du lieu	(3)	Pouvez-vous me décrire votre quartier? Quels contacts avez-vous avec vos voisins? Avez-vous des amis et de la famille dans votre quartier?

Une fois la grille remplie avec les réponses de chaque répondant, celles-ci ont été comparées en fonction des milieux de vie de chacun d'eux ainsi que selon leur statut de donneur ou d'ancien-donneur afin de relever des similitudes ou des discordances dans les discours. Cela nous a permis d'identifier les variations structurelles selon les milieux de vie, de même qu'au niveau de l'attachement au lieu. Ces comparaisons incluent autant les discours de donneurs actuels que les anciens donneurs. Nous n'avons pas utilisé de logiciel dans le traitement des données.

Comme nous l'avons déjà mentionné, cette étude s'imbrique dans les projets de la Chaire sur les aspects sociaux du don de sang d'Héma-Québec. Le fait d'avoir des discours d'anciens donateurs sera pertinent pour différentes études possible pour la Chaire. Par contre, l'objectif de cette étude est de soulever les différences entre les milieux de vie et non les contrastes entre les donateurs actuels et les anciens donateurs. Nous avons utilisé tous les entretiens afin d'accroître notre échantillon mais les analyses comparent seulement les discours en fonction des types de milieux. Finalement, afin de conserver l'anonymat des participants, les prénoms et les noms des municipalités ont été changés pour des noms fictifs.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

L'analyse des résultats est présentée en suivant les thèmes de notre modèle en deux temps. Nous présenterons premièrement les résultats liés aux structures du modèle de Cohen *et al.* (2000) suivi des dimensions de l'attachement au lieu du modèle de Scannell et Gifford (2010). La deuxième partie de ce chapitre mettra l'accent sur les différences entre les milieux. À cet effet, nous avons fait des représentations schématiques pour illustrer les différentes réponses mentionnées par les participants, schéma qui ne représentent que les différences notées dans les discours des participants et qui ne se veulent pas du tout des outils de généralisation de nos résultats.

4.1 Description des facteurs structurels et aspects individuels du don de sang

4.1.1 Les structures sociales

4.1.1.1 Connaître quelqu'un qui donne/qui a déjà donné

Les participants mentionnent de façon récurrente connaître un individu de leur entourage qui donne du sang ou qui a déjà donné. Certains répondants ont vu l'un de leurs parents fréquemment faire un don de sang, ce qui leur a servi d'exemple. Plusieurs des répondants ont, de leur côté, effectué leurs premiers dons accompagnés de leurs amis lorsqu'ils fréquentaient le Cégep ou l'Université. Pour d'autres, ce sont leurs conjoints ou conjointes qui les auraient influencés à faire leur premier don et qui les accompagnent toujours dans leurs dons actuels. Certains des participants relatent qu'ils effectuent parfois un don entre collègues sur leur lieu travail et que cette occasion permet d'encourager d'autres collègues à donner.

«Ça fait que je m'étais dit..., puis mes parents donnaient du sang, régulièrement, puis je m'étais dit : « Si moi, un jour, je peux redonner, je vais en donner ». C'est comme ça que j'ai commencé [...]» (Virginie, 41 ans, Banlieue)

«Puis mon père, ça faisait longtemps qu'il y allait, puis... moi, je voulais tout le temps y aller avec, ça fait qu'à mes 18 ans, il dit : « C'est beau », il dit : « Tu peux venir en donner avec moi ». Puis j'étais allée avec lui, puis je suis allée donner du sang pour la première fois.» (Johanne, 39 ans, Campagne)

4.1.1.2 Importance des enfants dans le choix et la disponibilité à donner

Les participants nous ont souvent parlé de leurs enfants et ce, dans différents contextes. Pour certains, le fait d'avoir eu des enfants les ont davantage sensibilisés à la cause du don de sang, voire dans certains cas, initiés à ce comportement. Ils se considèrent ainsi chanceux d'avoir un enfant en santé et leurs dons s'inscrivent dans l'optique d'aider ceux dans le besoin. Si les rôles étaient inversés, ils aimeraient que des gens prennent le temps de donner afin de pouvoir améliorer la qualité de vie de leur enfant. Cette relation avec l'enfant fait en sorte que le geste du don de sang relève une certaine importance.

D'autres répondants affirment, de leur côté, que donner du sang est un geste de bonté et d'entraide, une valeur qu'ils souhaitent inculquer à leurs enfants. Certains disent les amener sur les lieux de collecte pour qu'ils connaissent le processus et qu'ils réalisent qu'il s'agit d'un geste sans conséquence négative. Parfois, certains répondants affirment avoir vécu ce type de situation avec leurs propres parents et ils désirent transmettre ce processus à leurs enfants.

Dans certains cas, les enfants ont directement influencé leurs parents ou membre de leur famille (oncle, tante par exemple) à donner ou retourner donner du sang dans le cadre d'une collecte qui était organisée à leur école. Les répondants ont jugé important de répondre positivement à leur demande afin de les sensibiliser à la cause et ils ont effectué un don.

À l'inverse, l'arrivée d'enfants dans la vie de certains participants peut s'avérer un facteur de limitation sur leur pratique de don de sang. Plusieurs disent avoir un horaire beaucoup plus chargé depuis l'arrivée de leurs enfants, leur laissant ainsi moins de moments disponibles pour aller dans une collecte de sang. L'horaire des collectes ne convient pas non plus à leur nouveau mode de vie. Souvent le soir, après le travail, ils doivent se concentrer sur leur vie familiale avec la planification des repas, des devoirs et le coucher des enfants. De plus, ils considèrent que le temps d'attente sur les lieux de collecte est trop long pour amener leurs jeunes enfants.

«Bien, *asteure* je donne du sang puis je pense à ma fille, tu sais, je me dis si elle en a besoin, bien, le sang que je donne, bien, ça va l'aider. C'est... c'est ça. Pour moi, tu sais, c'est important de le faire.» (Natasha, 36 ans, Banlieue)

« [...] un de mes neveux va à l'école... pas loin d'ici vous savez c'est quoi le cours dont je parle là..., c'était dans leurs devoirs ou de convaincre au moins une personne, d'aller donner du sang... » «Donc, il m'a appelé pour que j'aille donner du sang, puis, finalement, j'ai dit oui, encore là, c'est quelqu'un qui m'a convaincu d'y aller... Puis,

finalement, son père... son père est venu avec moi, donc, on était deux à être allé donner du sang.» (Maxime, 35 ans, Banlieue)

«Oui, bien c'est une belle contribution, je trouve, c'est un bel exemple aussi, à donner à mes enfants, tu sais, ils étaient assez vieux pour comprendre... Ils étaient avec moi, là..., ils ont... ils ont vu un peu, ils m'ont accompagnée, dans certaines étapes du processus, pas tout là... [...] puis moi, pour moi, ça, c'est une valeur importante que je veux retransmettre à mes garçons.» (Chloé, 38 ans, Banlieue)

«Bien, c'est une question de... de... de...de disponibilité... J'avais des jeunes enfants, j'avais..., puis, c'est ça... Le travail, les jeunes enfants, le... le fait d'être obligé de ressortir le soir, puis, regarde...» (Thomas, 45 ans, Ville)

4.1.2 Les structures physiques

Les collectes de sang organisées au Québec sont presque toutes mobiles et planifiées par des organismes sans but lucratif (associations, groupes communautaires). Parfois, ces collectes sont organisées directement sur les lieux de travail, mais cela se produit généralement en milieu plus urbain. Héma-Québec a aussi trois lieux de collectes fixes, les Centres Globules, situés à Montréal, Laval et Québec.

4.1.2.1 Déplacement vers les lieux de collecte et routine de dons

Les répondants semblent connaître d'autres lieux de collectes que ce soit près de leur lieu de résidence ou sur leur trajet vers leur travail. Par contre, leurs discours nous démontrent qu'ils ont chacun leurs préférences quant à leur routine de don.

Nous retrouvons premièrement ceux qui préfèrent donner près du lieu de résidence. Depuis leur premier don de sang, ils ont peu changé de lieu de collecte, c'est-à-dire, qu'ils vont généralement à la collecte de sang organisée par leur paroisse ou leur municipalité. Bien qu'ils ne soient pas nécessairement des donneurs de carrière, ils apprécient que la collecte soit près de leur lieu de résidence et certains affirment même y aller pour socialiser puisqu'ils connaissent certaines personnes qui donnent aussi du sang. Par ailleurs, les collectes organisées dans les plus grandes municipalités ne sont pas nécessairement toujours localisées au même endroit

dans la ville. Les répondants ne vont donc pas toujours dans le même local bien qu'ils donnent toujours dans la même municipalité.

Certains répondants affirment de leur côté que le don de sang s'inscrit dans leur routine. Ces gens affirment imbriquer le don dans leur «trajet de la journée» c'est-à-dire, qu'ils planifient effectuer un don du sang lors de leur retour du travail en se dirigeant directement vers la collecte. Ce type de donneur pourrait avoir mis la collecte de sang à leur agenda, mais il se peut aussi qu'il arrête de donner du sang de façon spontanée en voyant les affiches.

Ensuite, le don de sang peut être perçu comme un événement. Certains répondants affirment qu'ils le planifient à leur horaire et généralement, les gens de cette catégorie ressortent de la maison, par exemple après le souper, spécifiquement pour donner du sang. D'autres participants préfèrent, de leur côté, donner du sang de façon spontanée la fin de semaine lorsqu'ils voient les pancartes publicitaires. Ce type de comportement est favorisé par les répondants affirmant avoir un horaire de semaine trop chargé. Ils préfèrent donc effectuer un don de sang quand le temps leur permet de le faire.

Finalement, le fait d'effectuer un don de sang sur leur lieu de travail permet aux répondants interrogés de ne pas à le faire en soirée. Ceux qui le font de cette manière, affirment qu'ils ne donneraient pas autrement, car ils manquent de temps.

«Moi, c'est, il faut que ça soit proche de chez nous ou à mon lieu de travail [...] Mais j'irais pas..., si je le vois, mettons, dans le Journal de Montréal, j'irai pas, OK. Moi, c'est vraiment plus les panneaux qui sont proches de chez nous» (Alice, 37 ans Banlieue)

«Bien, c'est sûr qu'à côté de chez nous, c'était parfait là parce que je suis revenu à pied, je suis allé à pied, c'était parfait» «R – Bien, vers le travail, je penserais pas parce que, premièrement, j'ai pas le temps en y allant et, deuxièmement, j'ai pas le temps en revenant.» (Ian, 38 ans, Banlieue)

«Bien..., tu sais, quand on..., en tout cas, pour ma part..., quand je sais qu'il y a une collecte qui se donne à *Sainte-Clémentine*, je la range (Rires) dans mon horaire... Tu sais ...» (Johanne, 39 ans, Campagne)

«Des fois..., je... je l'apprends dans la journée, qu'ils... qu'ils sont dans le... [coin]. M'organiser, planifier mes choses pour... pour être en mesure d'y aller... [à la collecte] » (Maxime, 35 ans, Banlieue)

«Et je *checke* les collectes qui s'en viennent et quand il y en a une qui est sur ma route, mettons je travaille à une place, c'est le centre d'achat d'à côté ou je travaille à une place et j'habite là, ah, OK, ils viennent à l'école à côté... Je *checke* tout sur Internet. [...] Il faut que ce soit sur ma route. Tu sais, bien pas, il faut pas non plus..., c'est pas grave si c'est un petit peu détour là, mais tu sais, mettons, si j'y vais en auto, il y a-tu un stationnement ou...? Bien, ça va dépendre aussi. Tu sais, si je sais que je peux y aller à pied à partir de chez nous, ça va faire aussi là, mais...» (Jean-Philippe, 35 ans, Ville)

En terminant, plusieurs répondants nous ont mentionné avoir modifié leur routine de don avec les années. Évidemment, les femmes ayant eu des enfants n'ont pu donner lors de leurs périodes de grossesse ou d'allaitement. Pour les nouvelles familles, la gestion du temps est chamboulée ce qui demande une nouvelle plage horaire pour le don de sang. D'autres répondants ont de leur côté effectué des voyages dans des zones à risques à travers le monde, ce qui les a empêchés d'effectuer un don de sang pour une période de temps. Le fait de mettre un terme au don de sang pour une certaine période temps amène un sentiment de culpabilité dans les discours de ceux abordant cette dimension. Ces répondants affirment qu'ils aimeraient pouvoir donner davantage et à une plus grande fréquence, mais que certains facteurs sont hors de leur contrôle

4.1.2.2 Attente sur les lieux de collecte

L'attente sur les lieux de collecte apparaît comme étant l'inconvénient principal de donner du sang. Certains évitent tout simplement les heures les plus achalandées, comme par exemple, la plage horaire suivant immédiatement le temps consacré au travail. Bien que les répondants mentionnent l'attente, cet inconvénient ne semble pas les empêcher de donner du sang. Certains répondants jugent que le temps nécessaire n'est pas un inconvénient suffisant pour les dissuader à faire un don.

«Si ça l'adonne, oui, c'est ça. Si ça l'adonne. Si mon temps correspond... Regarde, comme toi, je te rencontre là, c'est parce que mon temps me le permet. Si mon temps me le permettait pas, je dirais : « Non, c'est pas possible». Si j'arrive, la file est trop longue, je vire de bord. Si la file est trop longue, je vire de bord...» (Alexandre, 37 ans, Campagne)

Certains ont vu les délais considérablement augmenter depuis les nouvelles mesures liées aux questionnaires. Dans bien des cas, le nombre d'heures consacré pour effectuer un don de sang

apparaît considérable. Certains suggèrent de trouver différentes façons afin de diminuer le temps d'attente, comme par exemple, le fait de posséder des dossiers personnalisés pour les donneurs fréquents.

«Ça fait que j'y allais souvent avant parce que je trouvais..., tu arrivais, une heure après tu étais sorti et ça allait bien. À un moment donné, autour des années 2000, je crois, là, à cause des maladies et toutes sortes d'affaires, il y a plus de tests, ça fait que ça prend quasiment deux heures, tu sais, maintenant donner du sang. Donc, j'y allais plus pour cette raison-là. » (Thierry, 44 ans, Banlieue)

4.1.2.3 Fréquence des collectes de sang

Lorsque nous parlions de leurs habitudes quant aux lieux de collectes qu'ils fréquentent, quelques répondants ont amené différents thèmes au sujet de la fréquence à laquelle les collectes reviennent dans leur milieu. En premier lieu, nous retrouvons ceux qui souhaiteraient qu'il y ait des lieux de collectes fixes afin de prendre un rendez-vous et ainsi éviter l'attente. De plus, les donneurs pourraient choisir l'horaire qui leur convient puisque dans certains cas, ceux des collectes mobiles ne coïncident pas avec leur horaire personnel. Par exemple, les collectes ont lieu de 9h00 à 17h00, mais plusieurs d'entre eux travaillent pendant ce temps.

Pour certains répondants qui préfèrent donner dans leur municipalité, les collectes mobiles ne viennent seulement qu'une ou deux fois par année. Il se peut que les dates de leur venue ne concordent pas à leur horaire. Certains répondants affirmaient donc qu'une augmentation de la fréquence des collectes pourrait davantage attirer de donneurs. Par ailleurs, ils ne peuvent donner qu'aux 56 jours, peut-être que cela ne serait pas si bénéfique. Finalement, pour d'autres répondants, la fréquence des collectes n'est pas un facteur d'importance. Ceux-ci s'informent ainsi auprès du site internet d'Héma-Québec afin de trouver la collecte la plus près de leur lieu de résidence. D'autres répondants jugent qu'il y en a suffisamment puisqu'ils voient fréquemment des pancartes annonçant des collectes sur leur trajet quotidien.

«Bien, pas..., bien, pas nécessairement parce que de toute façon, c'est quoi, on peut pas y aller..., c'est aux trois mois, je pense qu'on peut y aller, ça fait que quand bien même qu'ils en feraient tous les mois, c'est tout le temps le même monde qui y va, quasiment. Bien, d'après moi là, en région, c'est les mêmes personnes qui y vont. Ça fait que je pense que ça servirait à rien.» (Carmen, 34 ans, Campagne)

«Bien moi, j'aimerais qu'il y aurait une collecte, à plein temps, à St-G..., il me semble... Câline, je regarderais ma carte, puis je prendrais le temps, puis j'irais... Vraiment, parce que moi, souvent, à cause de mes allergies, au printemps, je suis comme un mois ou deux, je ne peux pas... Ou, des fois, que les collectes, elles n'adonnent pas en même temps, par ici... Des fois, je vais à St-D, je ne peux pas aller à St-M, elles sont trop proches...» (Ève, 44 ans, Campagne)

4.1.3 Disponibilité des produits du sang

Ce facteur représente l'accessibilité au sang en cas de besoin. En leur posant directement la question, les participants à notre étude semblent prendre pour acquis qu'il y aura du sang de disponible s'ils avaient besoin. La plupart répondent ainsi à l'affirmative et ce, sans équivoque. Selon eux, l'accès au sang est facile parce que a) il y a une bonne gestion de la part d'Héma-Québec, b) grâce aux gens qui donnent ou c) la bonne gestion de notre système de santé publique.

D'autres répondants affirment, de leur côté, qu'ils espèrent qu'il y ait suffisamment de réserves de sang. Certains affirment que s'il n'y en a pas, ils iront en donner en prévision de leur opération. D'autres ajoutent que si les réserves sont basses, il ne faut pas hésiter à envoyer des messages afin de mobiliser la population. Pour d'autres répondants, cette hypothèse ne leur a jamais traversé l'esprit considérant que les réserves de sang sont, à leur sens, considérables.

«Tous les gens qui en donnent, puis qui aident à... constituer les banques. Mais sans Héma Québec, effectivement, il n'y aurait peut-être pas... cette possibilité-là.» (Ariane, 32 ans, Campagne)

«S'il en manque, bien, je pense qu'ils vont faire une alerte puis ils vont dire qu'ils ont besoin de sang, puis que les donneurs..., les autres qui en donnent pas, que... qu'ils en donnent.» (Natasha, 36 ans, Banlieue)

Plusieurs affirment qu'ils ont entendu dans différents médias que les réserves de sang étaient basses. Sans nécessairement savoir où et quand précisément ils ont entendu ces informations, certains répondants semblent tout de même persuadés que les quantités de sang disponibles sont limitées. Cette crainte ou impression s'exprime généralement après avoir discuté de l'accès au sang en cas de besoin, comme si cela leur ramenait le souvenir d'avoir déjà entendu parler d'une potentielle pénurie. Certains mentionnent que les banques de sang sont davantage

affectées par les saisons, notamment l'été en raison de la hausse des accidents routiers et/ou que certains groupes sanguins sont plus à risque selon les demandes.

À l'inverse, pour d'autres, il est très peu probable qu'il y ait un manque de sang dans les réserves au Québec. Selon eux, il y aurait une réserve de sang d'urgence en cas de besoin et qu'il serait impensable de manquer de sang du jour au lendemain. Plusieurs mentionnent qu'Héma-Québec devrait en parler davantage dans les médias de façon préventive afin de ne pas arriver à une pénurie.

«Bien, dernièrement, je n'ai pas entendu que les réserves étaient... basses, puis je penserais que oui..., mais on n'a pas vraiment d'informations, outre que les fois où j'ai entendu ça, je n'ai pas idée... de la quantité qu'il peut y avoir, dans les réserves et du besoin, non plus.» (Ariane, 32 ans, Campagne)

«Moi, dans ma tête, il y en aurait..., il va en avoir..., mais... on en entend parler qu'il en manque là... Tu sais. Peut-être qu'il manque de certains types de sang plus rares... Tu sais, il y a des sangs plus rares que d'autres là... Puis que les gens qui sont de ce type-là, ils doivent le savoir, que leur sang est rare, ça fait que (...) à ce qu'ils peuvent en manquer... Moi, j'ai un sang assez commun, ça fait que..., je ne m'inquiète pas vraiment.» (Christian, 45 ans, Ville)

«Bien, comme je disais tantôt..., avec toutes les discussions que j'ai eues, puis ce que j'ai vu..., ma perception était que... les banques de sang sont suffisantes. C'est que les ratios, les exigences sont habituellement atteints..., au niveau des..., au quotidien là, ils ont tant de dons de sang de requis, selon leur planification, puis ils disaient que c'était atteint. Donc, j'ose croire... que si c'est le cas, bien, c'est parce que ça a été planifié, puis il y a un genre de plan de sauvegarde, s'il arrive de quoi, bien, on a des back up.» (Alexandre, 35 ans, Banlieue)

4.1.3.1 La gestion du sang une fois qu'il est recueilli

La plupart ne savent pas comment le sang est géré une fois qu'il a été recueilli. Certains qui travaillent dans le domaine de la santé, principalement, connaissent quelques procédés comme les tests de vérifications, la division du sang, la redistribution, de même que d'autres étapes nécessaires.

La plupart des répondants ne savent pas de ce qu'il advient du sang récupéré. Un thème qui est soulevé à cet effet est la dimension de la perte de sang, à savoir s'il y a des pertes dans toutes les procédures effectuées avec le sang. Certains répondants mentionnent qu'il y a sûrement des pertes puisque le sang est un produit périssable et qu'il doit y avoir une date d'expiration selon eux. Plusieurs se questionnent à savoir s'il est possible de le congeler. Dans le cas échéant, la durée de vie du sang pourrait être prolongée. L'idée qu'il y a davantage de pertes pour certains groupes sanguins et aussi fréquemment évoquée. Une certaine croyance qui se dégage est le fait que des groupes sanguins plus populaires auraient tendance à connaître plus de pertes compte tenu que toute la quantité ne serait pas utilisée.

«Probablement. Probablement. J'imagine que c'est..., je connais..., encore là, je connais pas le sang, mais je suppose que c'est comme une pinte de lait, hein, il doit avoir une date d'expiration et s'ils sont pas capables de le donner..., parce qu'il doit avoir des sangs plus rares que d'autres. J'imagine..., du A+, il doit en avoir en masse, ça fait que peut-être qu'à un moment donné ils en perdent. Ils sont-tu capables de le geler? C'est-tu bon un an, deux ans? Je le sais pas.» (Thierry, 44 ans, Banlieue)

À l'inverse, d'autres répondants affirment que des pertes de sang de la part d'Héma-Québec seraient injustifiables considérant les réserves limitées de cette ressource. Certains ont même une forte réaction négative à l'égard des pertes, comme quoi s'il y en a, cela les inciterait à ne plus donner.

«Je n'en ai..., honnêtement, je ne me suis jamais posé la question...Probablement qu'il y en a, mais..., je ne me suis pas posé la question, parce que peut-être que ça m'empêcherait d'y aller...» (Thomas, 45 ans, Ville)

« (Longue hésitation) bien là..., peut-être, mais moi, j'ai dans ma tête, non, parce qu'ils disent tout le temps : « Il en manque, il en manque, il en manque »...» (Guillaume, 41 ans, Banlieue)

4.1.3.2 Les mesures de sécurité et la confiance envers Héma-Québec

Les répondants sont conscients des mesures prises pour assurer la qualité du sang qui est recueilli. La plupart des répondants nous parlent du questionnaire qu'ils doivent remplir avant de donner du sang. Certains des répondants qui donnent du sang depuis plusieurs années ont remarqué qu'il y a davantage de questions et que ce questionnaire est désormais beaucoup

plus rigoureux. Bien qu'ils comprennent ces nouvelles mesures, quelques-uns des répondants le trouvent long et embarrassant avec certaines des questions jugées indiscrettes. Une autre vision négative associée au questionnaire est qu'il augmente considérablement le temps d'attente sur les lieux de collecte. Finalement, certains répondants mentionnent que plusieurs échantillons de leur sang sont recueillis dans des éprouvettes avant de faire le don de sang et que tous les produits sanguins sont étiquetés pour assurer une bonne vérification.

«Je vais y aller, ça ne changera peut-être pas, mais... au moins, j'ai l'opinion de le dire... Mais c'est ça, je trouvais que c'était plus facile avant, dans le sens que, oui, il y avait le questionnaire, mais c'était relativement simple..., ils prenaient le fer, la pression et tout ça, mais... il me semble que ça roulait vite en dedans de..., une demi, 40 minutes, j'étais sorti... Maintenant... Bien, c'est toujours le même questionnaire et tu te retrouves, après avoir répondu, plusieurs fois, que tu n'as pas le sida ou le VIH...» (Thomas, 45 ans, Ville)

«Je suis très mal à l'aise avec les questions qu'Héma-Québec pose, puis pourtant je suis pas une personne qui est visée du tout, je devrais pas avoir aucun malaise éthique puis tout ça. Sauf que les questions par rapport à... si t'es gay, si t'as voyagé, si... euh..., je suis pas gay, tu sais, j'ai deux jeunes enfants, j'ai un conjoint puis ça fait des années, tu sais, je devrais pas être mal à l'aise...» (Alice, 37 ans, Banlieue)

Tous les participants interrogés ont confirmé leur confiance en Héma-Québec et ils sont persuadés qu'il n'y a pas de risques pour leur santé à donner du sang. Par contre, l'éventualité d'une transfusion sanguine suscite davantage de doutes chez les répondants. Bien qu'ils soient convaincus que les examens nécessaires soient faits sur le sang, certains affirment tout de même que des erreurs puissent se produire. Plusieurs des répondants espèrent qu'Héma-Québec prenne toutes les précautions nécessaires pour assurer une gestion adéquate des risques.

D'autres répondants affirment qu'ils ne seront pas en mesure d'analyser le risque potentiel d'une transfusion sanguine compte tenu de leur état de santé. Dans l'éventualité où la vie serait en jeu, plusieurs des répondants préféreraient recevoir du sang d'une transfusion. Par contre, pour certains, dans l'optique où ils savent d'avance qu'ils auront besoin de sang, ils préfèrent se faire des réserves de leur propre sang plutôt que d'en recevoir d'un inconnu.

«En donnant, non. Parce qu'on le voit. Ils arrivent, l'aiguille, ils l'ouvrent devant nous autres et tout ça..., c'est comme une preuve... [...en parlant de recevoir du sang] Bien, moi, je pense qu'il va toujours y avoir un risque..., veut, veut pas..., c'est un corps étranger que tu reçois..., mais... pas de là à dire..., tu auras beau tout mettre en place, il

va tout le temps y avoir ce risque-là... Je pense que si tu en as besoin, tu es dans une situation..., regarde, je serais prêt à prendre le risque, plutôt que : «Non, ne m'en donne pas, je m'arrange tout seul».» (Guillaume, 41 ans, Banlieue)

4.1.4 Les messages culturels et médiatiques

4.1.4.1 Les messages publicitaires

Les répondants semblent éprouver de la difficulté à se souvenir des publicités faites par Héma-Québec afin de sensibiliser les citoyens à donner du sang. Certains se rappellent de celles où les individus ont les manches coupées présentées à la télévision ou sur des panneaux publicitaires. D'autres répondants se sont souvenus, pour leur part, de publicités télévisées incluant des enfants les remerciant d'avoir fait un don de sang. L'opinion des participants quant à l'efficacité des publicités est très variable. Certains répondants trouvent ces publicités adéquates et qu'elles dégagent une image positive. Pour d'autres, le message qui se dégage de ces publicités n'est pas assez direct. Le ton qui devrait être employé aurait ainsi à être davantage affirmatif considérant le peu de réserves de sang potentielles. Enfin, d'autres répondants signalent qu'ils n'ont tout simplement jamais remarqué les publicités.

«Je les trouve bien faites... On parle là, des t-shirts là..., manche longue, manche courte là? Oui... Je les trouve bien faites..., je trouve ça toujours... touchant aussi, les campagnes qu'ils ont faites à la télévision..., mais je ne peux pas dire que pour moi, c'est un facteur d'influence...» (Monica, 34 ans, Banlieue)

D'un autre côté, lorsque nous demandons aux participants ce que représente l'expression «don de sang», une très forte majorité d'entre eux a répondu : un don de vie. En prenant en compte que le slogan publicitaire d'Héma-Québec qui est *Don de sang, don de vie*, nous pouvons tout même relever que cette phrase semble imprégnée dans l'imaginaire ou l'inconscient des participants. Pour d'autres répondants, le don de sang représente toutes sortes d'images telles que la générosité et la guérison.

4.1.4.2 La valorisation par le don de sang

Selon les participants, le don de sang est un geste qui est valorisé dans la société québécoise, mais qui est peu discuté. Lorsqu'ils en parlent dans leur entourage, certains des répondants affirment que le geste de donner du sang est bien perçu. D'autres répondants vont plus loin en affirmant que le don de sang est perçu comme un geste courageux considérant la peur associée au don de sang. Quelques répondants affirment en parler beaucoup dans leur entourage et que cette discussion suscitée les motive à effectuer de nouveaux dons de sang.

«(Hésitation) en général..., je pense que ça fait partie de nos valeurs là, c'est..., effectivement, c'est un don de vie. Oui, c'est... c'est vu (Rires), c'est drôle à dire, c'est vu comme un geste courageux (Rires)... [...] Bien là, moi, souvent les gens disent : « Ah! Bien moi, c'est parce que je suis déjà tombé dans les pommes» ou « Moi, j'ai peur de ça»..., tu sais... Ils sont fiers que... que quelqu'un n'en ait pas peur (Rires)... j'ai comme l'impression que les gens..., ils mettent un peu un geste de bravoure (Rires) à ça..., pourtant, c'est assez banal là..., tu t'assois, puis tu attends...» (Louis, 46 ans, Campagne)

Une autre catégorie se dessine parmi les répondants puisque certains d'entre eux affirment, au contraire, que le don de sang n'est pas un sujet abordé de façon générale dans notre société, ni dans leur entourage. Certains des répondants affirment ainsi que lorsque les gens ne sont pas touchés de près à la cause, souvent ils ne savent pas à quel point le don de sang peut s'avérer important. D'autres répondants signalent que le sujet du sang est jugée « tabou », car pour des générations plus âgées, le don de sang est encore associé avec un risque pour la santé en lien avec l'événement sur le « sang contaminé ».

«Ça ne vient pas sur le sujet. Peut-être que mes parents ont travaillé dans le milieu hospitalier et ils ne veulent pas trop parler [rire] non, non. Non, ça ne vient pas sur le sujet. Je ne penserai pas nécessairement à appeler ma mère et lui dire : ah j'ai donné du sang aujourd'hui! Non, pas vraiment. Ce n'est pas un sujet de conversation. Je ne sais pas, peut-être que quelqu'un de la famille avez eu besoin de transfusion, on en parlerait plus. Mais ce n'est pas un sujet qu'on aborde juste comme ça. Pas vraiment.» (Catherine, 34 ans, Ville)

«On n'en discute pas, non, j'en discute pas. [...] Puis même ma mère, quand... à un moment donné l'histoire du sida est sorti,... début des années 80, elle a dit : « T'as pas peur [de donner]? ».» (Céline, 44 ans, Ville)

4.1.5 Effets sur la santé personnelle

Bien qu'il y ait peu d'études démontrant que le don de sang ait un impact sur la santé personnelle (Zheng *et al.*, 2005), nous avons démontré précédemment que selon les modèles de comportements de santé, les individus auront plus facilement tendance à adopter un comportement s'ils perçoivent que celui-ci peut avoir un effet positif sur leur état de santé.

4.1.5.1 Effets sur la santé physique

Deux types d'impacts sont perçus sur la santé personnelle des répondants associés avec le don de sang. Il y a premièrement les effets positifs perçus sur leur santé. Le thème le plus récurrent est celui de la régénération sanguine après avoir effectué un don. Puisqu'une quantité importante de sang est perdue, le corps doit en régénérer et cela serait, selon eux, une particularité bénéfique pour leur santé. Par contre, certains abordent ce constat sans nécessairement être convaincu du bénéfice sur la santé personnelle, mais croient tout de même à ce qu'il y ait un certain nombre d'avantages. D'autres ressentent des symptômes plus précis qui découlent d'un don de sang, tels qu'un meilleur sommeil.

« Je sais pas si c'est le fait que ton..., ça se renouvelle à l'intérieur là, le sang [...] je trouve que le feeling est bon, je le sais pas, c'est comme si, ah, on dirait qu'il y a du neuf qui pousse en dedans de toi, puis je le sais pas, je trouve que c'est un bon feeling. Puis même si ma santé mentale, moi, quand..., lors de ma dépression, j'étais allé donner du sang, ça m'avait fait du bien là, ça m'avait fait oublier tous mes tracas, mes choses, puis... je le sais pas, je trouve ça le fun, personnellement là, je trouve que c'est un bien-être..., psychologique puis physique [...] Bien, si..., quelque part là, si notre... corps régénère ce qu'on a donné, bien, c'est du nouveau en dedans de nous autres, ça peut pas être mauvais. D'après moi, c'est bon pour le corps là. Je suis pas sûr, je suis pas médecin, je ne me l'ai jamais fait confirmer, mais ça doit pas être mauvais. » (Jocelyn, 36 ans, Banlieue)

À l'inverse, le don de sang peut aussi avoir un impact négatif sur la santé de certains participants. Certains d'entre eux ont ainsi ressenti des étourdissements, des vertiges ou des faiblesses après avoir effectué un don de sang. Pour certains des répondants, la piqûre est douloureuse et laisse des marques gênantes par la suite.

4.1.5.2 Effets sur la santé mentale

Les effets du don de sang sur la santé mentale se traduisent souvent dans les témoignages sur les avantages associés au don du sang. Le bien-être psychologique se traduit par plusieurs thèmes mentionnés de façon succincte dans les témoignages. Nous retrouvons entre autres le sentiment du devoir accompli ou du devoir accompli en tant que citoyen. Les participants ont ainsi le sentiment d'avoir posé un geste positif pour la santé. De plus, comme nous l'avons précédemment vu dans les structures sociales, le don de sang est généralement encouragé dans la société. Les gens sont souvent félicités de leur bonne action. Ils disent aussi ressentir une nouvelle énergie positive après avoir donné, également traduisibles par certains expressions comme *avoir un «high»* ou du *«pep»*.

«Bien, moi, comme je dis, ça me donne un pep, ça me donne un *boost*. J'ai l'impression de faire le ménage, de renouveler mon sang parce que c'est quelque chose qu'on renouvelle pas. En principe, si t'as pas de transfusion, tu renouvelles pas ton sang, je... Non, c'est, c'est... Puis mon petit, mon petit... coup de pouce à la société, ça revient autour de ça là.» (Céline, 44 ans, Banlieue)

4.2 Description des dimensions de l'attachement au lieu

Cette section abordera de façon descriptive les différents thèmes en lien avec l'attachement au lieu ressortis des discours des participants de l'étude. Nous retrouverons des thèmes touchant les processus psychologiques et les dimensions physiques et sociales du lieu.

4.2.1 Les processus psychologiques

Les processus psychologiques sont une dimension de l'attachement au lieu proposé par Scannell et Gifford (2010). Trois volets sont imbriqués dans les processus psychologiques dont les liens affectifs, le cognitif et les comportements individuels.

4.2.1.1 Les liens affectifs envers le lieu de résidence

Plusieurs raisons sont données par les répondants quant au choix de leur résidence actuelle. Premièrement, pour certains, le choix s'est fait de façon naturelle puisqu'ils sont demeurés dans leur lieu d'origine ou dans d'autres cas, certains ont déménagé dans le lieu d'origine de leur conjoint/e. Pour plusieurs d'entre eux, ils résident dans la même municipalité depuis leur enfance. Nous retrouvons dans leurs discours plusieurs termes évoquant des sentiments d'attachement à l'égard de leur municipalité ou de leur région. De plus, certains ont tendance à comparer leur milieu avec d'autres types d'environnements qui sont souvent à l'opposé du leur. Ils mettent ainsi en lumière les aspects qu'ils apprécient de leur milieu et pour quelles raisons ils préfèrent y rester.

«Parce que j'ai toujours grandi en campagne, à Saint-R, et j'aime la tranquillité d'être en campagne. Bien, c'est ça, parce que moi j'ai toujours aimé Saint-R et, tu sais, on est habitué de rester ici à la campagne pour la tranquillité. Tu sais, ma blonde, elle a quand même resté à Montréal, elle a resté à Québec pour l'université et elle aussi elle aime ça ici. Tu sais, elle a pas vraiment aimé Montréal et..., tu sais, parce qu'on a eu l'occasion, tu sais, parce que ma blonde est comptable, tu sais, elle travaillerait à Montréal, elle ferait des beaucoup plus gros salaires et... Comme là, elle travaille à Québec et elle voyage, mais on aime mieux, tu sais, rester ici et..., parce qu'on aime vraiment ça la tranquillité. Tu sais, et on va à Québec des fois, *tabarouette*, le trafic et ah!» (Dany, 34 ans, Campagne)

«Je suis née ici. Je suis native d'ici. Je suis... j'ai toujours habité à La Caverne. Je suis jamais allée à l'école à l'extérieur non plus. Je travaille..., ça fait des années au même endroit. Puis... c'est ça. Puis moi j'ai déménagé peut-être... trois ou quatre fois, mais toujours à La Caverne, toujours dans les mêmes... environs là. J'irais pas rester ailleurs...» (Carmen, 34 ans, Campagne)

«Bien premièrement, je suis née à Montréal, j'ai toujours habité à Montréal sauf quand j'étais plus jeune, deux ans à Laval, mais on est revenu à Montréal après. Puis quand j'ai eu mon conjoint, on a resté deux ans à Ville d'Anjou, mais après ça, on est allé à Parc-Extension, mais ça a tout le temps été sur l'île de Montréal. Et là, quand on a décidé d'acheter une maison, c'est dans l'est qu'on a trouvé une maison qui était pas chère. Bien, mon mari vient d'ici.» (Lysanne, 39 ans, Ville)

D'autres répondants affirment, de leur côté, qu'ils ont quitté leur milieu d'origine pour s'installer dans un endroit davantage adapté à leurs besoins. Certains ont ainsi décidé de se rapprocher de leur lieu d'étude ou de travail. D'autres mentionnent qu'ils désiraient avoir un terrain, une maison et que le prix y était plus avantageux que dans un autre milieu (par exemple «en ville»). Quelques répondants nous expliquent aussi qu'avec l'arrivée de leurs enfants, ils ont préféré choisir un environnement qu'ils jugent plus sécuritaire ou de se rapprocher de leurs parents (ou beaux-parents) afin de bénéficier de leur aide.

«Puis je suis venue étudier, tu sais, au début quand je disais que j'étais venue au cégep à T, c'est que je suis venue étudier une technique, donc qui est un programme qui se donnait ici ou en Abitibi. J'ai toujours comme gardé contact avec les enseignants que j'avais eus. Et, tu sais, un peu à la blague, mais j'avais..., tu sais, j'avais souvent dit aux enseignants : « Ah, je vais venir vous remplacer ». Tu sais, mais finalement c'est un peu ça qui est arrivé, ça fait que j'ai toujours gardé contact avec eux et à un moment donné j'ai vu qu'il y avait une opportunité et tout ça puis..., donc je suis revenue à l'automne 97.» (Christina, 40 ans, Campagne)

«Mon emploi. [Approbation] J'ai déménagé à cause de ça, parce que j'habitais au T avant. J'étais pompier à la base militaire, puis j'ai décidé de sortir des forces armées et j'ai eu un emploi ici, donc j'ai déménagé ici.» (Jocelyn, 36 ans, Banlieue)

«À cause que la ville, ça bouge trop, puis pour élever un enfant, bien, c'est pas l'endroit idéal. La banlieue, c'est mieux. Parce que... c'est beau, c'est tranquille. Puis... c'est familial, ça fait qu'on aimait le secteur à cause de ça.» (Natasha, 36 ans, Banlieue)

4.2.1.2 L'attachement comme processus cognitif

La relation entre l'individu et son milieu peut aussi inclure des éléments cognitifs tels que la création de significations ou de croyances particulières. Dans les discours des participants, un thème souvent abordé est celui du sentiment de sécurité. La perception d'un environnement sécuritaire s'avère ainsi une variable importante pour le choix du milieu résidentiel. Certains répondants semblent ainsi se sentir davantage en sécurité lorsqu'ils sont dans un milieu social davantage homogène :

«(Hésitation) bien, il faut... il faut qu'on se sente bien, puis en sécurité, je pense, pour... pour se sentir chez nous là... C'est ça..., il faut... qu'on ait l'impression qu'on a un

certain contrôle sur... sur notre environnement là... pas quand je m'en vais à Montréal, je parlais de Côte-des-Neiges, je ne me sens pas chez nous» (Carlos, 42 ans, Banlieue)

Pour d'autres, le sentiment de sécurité est directement lié à la criminalité de façon générale. Certains ont de fortes impressions à l'égard des autres milieux, généralement face à la ville, comme quoi il est plus dangereux d'y demeurer. Ces répondants apprécient donc davantage leur environnement en le caractérisant de paisible et adéquat pour élever leurs enfants. Certains affirment qu'en habitant dans un plus petit endroit, cela leur permet de connaître davantage les autres résidents et ainsi augmenter leur sentiment de sécurité.

«Bien, pour moi, c'est de... de me sentir bien, ne pas avoir peur de sortir..., pas avoir peur de..., bien, chez moi, dans la maison, c'est clair là, c'est sûr que... Je me sens bien, oui, je ne me sens pas menacée... Être bien chez soi, c'est ça, ne pas se sentir menacé, tu sais, on regarde les nouvelles..., tu dis : « Wow! On est bien ici »... Tu sais, on est vraiment bien ici, ça fait que, c'est ça, tu veux une activité, tu sors, tu la fais, il n'y a pas personne qui va t'achaler... [...] On connaît les lieux, oui, on connaît les gens..., pas tous, mais quand même... Il y a toujours quelqu'un qu'on connaît, quand ça fait 20 ans que tu es ici...» (Laurence, 45 ans, Banlieue)

«(Rires) Bien, je me sens bien puis... quand tu rouvres les journaux, tout ça, il y a pas de... des histoires de meurtres puis envoie donc!...» (Julien, 38 ans, Campagne)

«(Hésitation) Bien, c'est d'être bien..., puis de se dire..., d'avoir une certaine sécurité dans le quartier là, je pense que c'est important là, quand tu sors du métro, de ne pas te sentir stressé ou... ça fait que, c'est..., je pense que ça fait partie de se sentir chez soi là...» (Denise, 37 ans, Ville)

«Bien, c'est tranquille... C'est tranquille. Tout le monde est tranquille... C'est calme là. Je me sens en sécurité... Il y a petit peu d'enfants, pas beaucoup...» (Lise, 41 ans, Banlieue)

Nous avons aussi relevé à travers les discours que le concept d'identité au lieu, précédemment abordé, est fortement lié au chez-soi. Quelques répondants se sont auto-identifiés comme étant des personnes « typiques » à un certain type de milieu. Dans certains cas, cette identification est si forte, que l'individu ne pourrait concevoir d'habiter ailleurs. Pour d'autres, bien qu'ils aient déménagé, ils restent encore fortement attachés à leur lieu d'origine et évoquent rester, dans leur cœur, «une personne de la place».

«Au début, non, mais après 25 ans, oui, comme... Quand ça fait 22 ans..., ça fait 22 ans que je reste ici, dans cette maison ici, ça fait que, oui, quand je reviens chez nous, je me sens chez nous, mais ça veut pas dire que quand je m'en vais à Gatineau chez mes parents que je me sens pas chez nous non plus à Gatineau. Oui parce que mes racines sont là-bas. C'est là que j'ai vécu toute ma jeunesse, c'est là que j'ai eu beaucoup d'amis que maintenant je vois plus nécessairement, mais c'est là qu'est ma famille à moi, ça fait que je me sens autant chez moi à Gatineau qu'ici.» (Karine, 46 ans, Campagne)

«Ah! Je... Moi, je suis natif de Montréal, puis je voulais rester sur l'île..., parce que..., je suis urbain, si tu veux, je suis moins banlieue...» (Christian, 45 ans, Ville)

«Tout le monde connaît un peu tout le monde, ça fait que... tout le monde veut s'entraider. L'entraide l'entraide beauceronne, tu dois en avoir déjà entendu parler... C'est très, très fort... Je te dirais..., tu dois connaître le proverbe : « Tu peux sortir un Beauceron de la Beauce, mais tu ne peux pas sortir la Beauce du Beauceron ». Et ça, je te garantis...» (Ève, 44 ans, Campagne)

À l'inverse, il est possible de noter dans le discours de certaines personnes un détachement par rapport à leur lieu de résidence. Dans ces cas, les gens expriment n'avoir aucune difficulté à habiter dans un milieu différent, dans la mesure où les membres de leur famille y demeurent aussi.

«Bien, sur une échelle de 10, très honnêtement, pourvu que je sois avec ma famille puis qu'on est en santé, euh c'est pas si important que ça. Non. C'est juste que là (...) parce que tu dis ah, j'ai une vie de fou, mais je suis pas toute seule, tu sais, sauf que je serais ailleurs, puis... ça serait un peu la même affaire.» (Alice, 37 ans, Banlieue)

4.2.1.3 Les comportements individuels : implication dans son milieu

Il ressort un constat plutôt général quant aux comportements que les répondants ont alors qu'ils s'impliquent davantage dans leur environnement social. Plusieurs d'entre eux siègent ainsi dans différents comités de parents ou s'impliquent dans différentes associations sportives pour leurs enfants. Leur implication est souvent directement liée avec leur vie familiale. Peu de répondants s'impliquent dans des causes qui peuvent avoir un impact sur leur environnement physique (quartier ou municipalité). Par contre, une forte majorité participe à des collectes de dons en argent dirigées par divers organismes, tels que *Centraide*.

4.2.2 Les caractéristiques du lieu

Cette partie présente les thèmes en lien avec les caractéristiques du lieu et est divisée en deux sections. Premièrement celle sur les aspects physiques du lieu et deuxièmement sur les aspects sociaux.

4.2.2.1 Les aspects physiques du lieu de résidence

L'attachement au lieu se traduit notamment à travers l'environnement bâti et les différentes infrastructures que fréquentent les individus. Tel que précédemment mentionné, plusieurs participants manifestent leur attachement à travers la notion du chez soi. La plupart l'expriment à l'égard de leur milieu de vie actuel, mais à des échelles variables, soit la maison, le quartier, la ville ou la région. Pour quelques répondants qui ont déménagé au cours de leur vie, le sentiment de se sentir chez-soi est fortement lié à leur milieu d'enfance.

«Tandis que là, je suis chez nous, c'est ma maison, mais c'est pas mon quartier. Je sais pas comment dire ça...Ça fait partie de l'île de Montréal, c'est correct, je suis sur mon île encore...» (Lysanne, 39 ans, Ville)

«Chez nous? (Hésitation) quand je dis : « Chez nous », souvent, oui, ça va être le Bas-du-Fleuve...» (Guillaume, 41 ans, Banlieue)

«(Hésitation) je ne suis pas sûr (Rires)... Mais effectivement... c'est... c'est... c'est un questionnement, tu sais... C'est drôle parce que, mettons, chez nous, dans la maison, oui..., mais dans la ville, on dirait que je ne serai jamais un Granbyen, mettons... Quand tu ne viens pas de..., d'un endroit, bien..., tu seras tout le temps quelqu'un d'ailleurs.» (Louis, 46 ans, Campagne)

Comme l'ont démontré certaines études que nous avons présentées précédemment, certains participants ont exprimé un sentiment d'attachement très développé à l'égard de leur maison plutôt que de leur quartier ou municipalité.

«Il y en a beaucoup qui vont voir puis vont regarder les écoles, ils vont regarder ci, ça, on n'a même pas fait ça. Non. C'était la maison, le garage puis si moi, elle faisait pour le restant, bien, c'est correct, tu sais, on..., ça a fini comme ça là» (Céline, 44ans, Banlieue)

4.2.2.2 Les aspects sociaux du lieu de résidence

Les répondants nous ont souvent parlé des relations qu'ils entretiennent avec leurs voisins. Ces relations varient en intensité selon les individus, mais différents constats se dessinent. Premièrement, aucun des répondants n'a affirmé avoir des mauvaises relations avec ses voisins. Certains des répondants qui venaient d'aménager dans leur nouveau milieu affirmaient ne pas avoir eu la chance de les côtoyer. Sinon, de façon générale, plusieurs des répondants nous ont mentionné avoir une relation cordiale avec leur voisinage. Des gestes de salutations ou d'entraide ponctuelle sont quelques-uns des exemples soulevés en tant que relations cordiales avec le voisinage. Bien souvent, ce rapport ne se rend pas au stade d'amitié pour plusieurs des répondants, mais pour d'autres, une relation amicale se développe. Dans ces cas précis, le fait d'être demeuré au même endroit depuis plusieurs années a aidé le développement de leur relation. Finalement, pour certains répondants, les relations avec leurs voisins se sont développées par l'entremise de leurs enfants. En ayant des enfants du même âge, ils ont été davantage amenés à les fréquenter dans le cadre de diverses activités.

«Ici? (Hésitation) on n'a pas..., bien, c'est... c'est amical, c'est sûr... Tous les voisins, c'est quand même amical, mais... on ne fait pas d'activités ensemble...» (Laurence, 45 ans, Banlieue)

«Oui, bien les..., comme le voisin à droite, ils ont deux enfants, puis ils sont du même âge que les miens, ils ont joué longtemps ensemble... Maintenant, un petit peu moins... Ils sont allés à la garderie ensemble et ainsi de suite... Là, un peu moins, parce qu'à l'école, ils ne vont pas à la même école... Mais non, eux autres, on s'échange des fois..., ils ont besoin, je vais garder les enfants un petit peu ou ils vont faire une commission, les enfants ne veulent pas venir, ils vont garder mes enfants... et ainsi de suite.» (Virginie, 41 ans, Banlieue)

Un second thème qui est ressorti en lien avec les relations avec leurs voisins est celui de la ressemblance des individus. La plupart des participants mentionnent qu'ils trouvent important que leur voisinage leur ressemble. Dans cette optique, plusieurs parlent plus précisément de leur mode de vie. Ils apprécient ainsi vivre dans des quartiers tranquilles où il n'y a pas trop d'agitation. D'autres répondants qualifient leur mode de vie comme étant axé vers la famille. Ils aiment donc être entourés de d'autres familles avec des enfants du même âge que les leurs. Pour certains répondants, le fait de vivre à proximité de gens qui leur ressemble est important

pour leur bien-être général. Ils affirment que cela leur procure un sentiment de sécurité et leur offre une possibilité d'inclusion dans leur communauté.

«Bien, oui, parce que..., tu n'as pas l'impression d'être à part..., puis tu as l'impression de faire partie... du groupe, plus là...c'est... c'est... c'est un sentiment, comme je disais tantôt, d'appartenance là... Tu sais, si..., je ne me verrais pas rester avec ma petite maison, bien simple, bien ordinaire, bien correcte que j'aime au bout..., dans un quartier où c'est huppé, puis..., tu sais, je ne me sentirais pas à l'aise, je ne me sentirais pas bien là...» (Johanne, 39 ans, Campagne)

«Ah! Bien oui, c'est sûr que, si on était à côté de gens qui ont un rythme de vie totalement différent..., des gens qui font la fête à tous les soirs, jusqu'à quatre heures du matin..., ça pourrait devenir fatigant... Ça fait que, tu sais, oui, des gens qui... qui..., mais..., bien, sans être 100 % pareils là..., parce que, comme on disait là, mon voisin d'à côté est beaucoup plus âgé, mais ça n'empêche pas que..., on ne semble pas se déranger, mutuellement...» (Ariane, 32 ans, Campagne)

4.3 Comparaison des facteurs structurels entre les milieux

Maintenant que nous avons dressé le portrait général des propos de nos participants, nous proposons ici une analyse différenciée selon les milieux. Nous présentons une analyse détaillée comparant les différents facteurs utilisés dans notre modèle analytique du don de sang. Chaque facteur est abordé en détaillant chacune des particularités selon le type de milieu de vie en fonction de thèmes ressortis dans les discours des participants.

4.3.1 Les structures sociales

Concernant les aspects sociaux, nous ne retrouvons pas de distinctions marquantes à ce sujet entre les milieux de vie. Les différences se démarquent davantage selon le statut de donneur régulier ou d'ancien donneur. Nous notons que peu importe le milieu, les donneurs réguliers connaissent généralement au moins une autre personne qui donne du sang dans leur entourage contrairement aux donneurs non-actifs. Les anciens donneurs ont souvent eu une routine de don en solo et ne connaissent pas non plus quelqu'un qui aurait déjà eu besoin de sang. Par contre, l'objectif de cette étude n'étant pas de soulever les différences entre les donneurs

réguliers et les anciens donateurs, l'analyse des discours à ce sujet n'est pas allée plus en profondeur.

Bien que les motivations ne fassent pas partie des facteurs de notre modèle d'analyse, nous trouvons que ce thème est étroitement lié aux structures sociales puisqu'elles nous donnent une piste quant aux facteurs pouvant influencer les pratiques du don. Ainsi la figure 13 représente les différentes motivations évoquées par les participants. Comme nous pouvons le remarquer, les mêmes thèmes sont ressortis peu importe le milieu mais à différentes intensités.

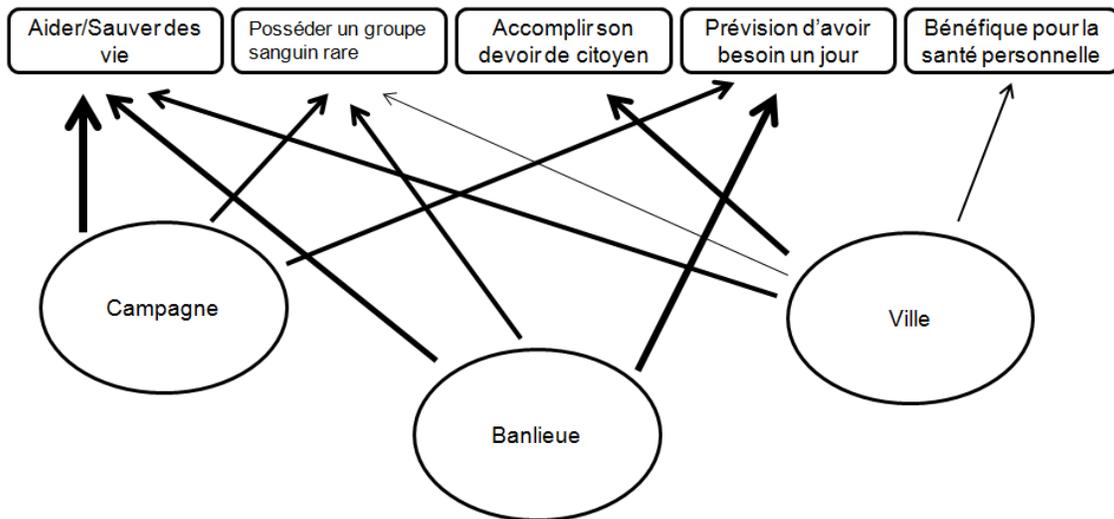


Figure 13 : Les motivations selon le type de milieu de vie

Comme la figure 13 l'indique, cinq motivations ressortent des discours. Celle qui revient le plus fréquemment est d'aider les autres ou de sauver des vies. Les résidents du milieu rural sont ceux qui expriment davantage cette motivation. Les urbains, quant à eux, voient davantage le don de sang comme une action civique. Pour plusieurs, c'est un geste que tous les citoyens devraient poser afin d'améliorer le système de santé publique et d'obtenir une société plus équilibrée (juste). Quelques répondants urbains mentionnent aussi donner du sang parce que cela est bénéfique pour leur santé personnelle, ce qui les distingue des individus des autres milieux.

Au sujet des résidents de la banlieue, ils donnent bien souvent en prévision d'avoir besoin de sang un jour. Plusieurs de ces répondants mentionnent l'importance qu'il y en ait suffisamment pour eux ou des membres de leur famille. Ce discours est aussi tenu par les ruraux, mais à une

moindre échelle. Enfin, le fait d'avoir un groupe sanguin rare motive les répondants à effectuer un don de sang de façon similaire et ce, peu importe le milieu de vie.

4.3.2 Les structures physiques

Plusieurs thèmes sont ressortis des structures physiques dans le volet descriptif des résultats de cette étude. Dans cette section, nous présentons le thème des contraintes soulevés dans le volet descriptif en fonctions des trois milieux étudiés (figure 14). La contrainte du temps est celle qui est mentionnée par les participants de chaque milieu. La fréquence des collectes comme contrainte n'est pas représentée de la même façon pour les résidents de la campagne comparativement à ceux de la ville. En campagne, le nombre restreint de collectes fera en sorte de reporter à plus tard le don des ruraux. À l'inverse, pour les urbains, une collecte de sang est organisée de façon quotidienne sur l'île de Montréal. Les urbains ont ainsi tendance à reporter leur don à plus tard en fonction de l'accessibilité et de l'horaire de la collecte. Dans bien des cas, ils finissent par effectuer un seul don par année bien que le nombre de possibilités aurait pu être plus important.

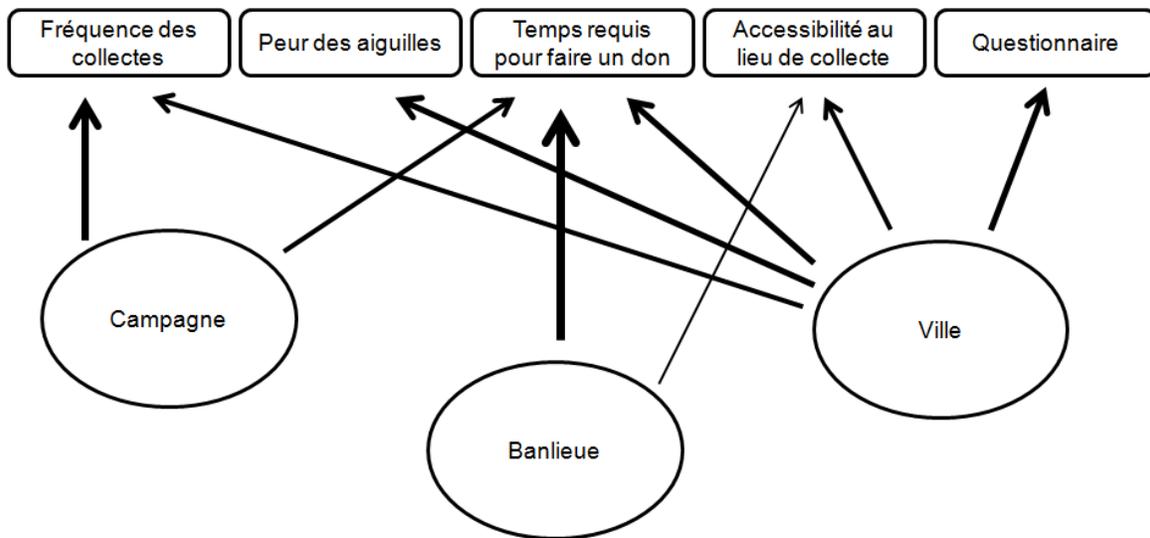


Figure 14 : Les contraintes relevées en fonction des structures physiques

4.3.2.1 Les ruraux

Les répondants de la campagne se distinguent de ceux de la banlieue et de la ville puisqu'ils donnent tous du sang dans leur municipalité par l'entremise de collectes mobiles mises sur pied par différents organismes locaux. Pour ce qui est de l'accès et du déplacement vers les lieux de collectes, les ruraux ont une préférence marquée pour les collectes qui sont localisées près de leur lieu de résidence. Puisque ces collectes sont organisées par les mêmes organismes d'une fois à l'autre, les donateurs réguliers affirment reconnaître des bénévoles. Leur routine de don est simple alors qu'ils perçoivent le don de sang comme un événement arrivant une à deux fois par année. Les répondants ruraux se font donc un devoir de s'y présenter, car la collecte de sang est perçue comme un événement. Ils indiquent donc la collecte de sang à leur agenda et font tout en leur possible pour s'y présenter. Par ailleurs, les collectes de sang ne sont pas toujours sur leur trajet entre le travail et la maison. Plusieurs des répondants préfèrent retourner à la maison et se présenter à la collecte de sang en soirée. Certains des répondants affirment même préférer y aller en soirée, car cette activité leur permet de socialiser. Ensuite, l'attente sur les lieux de collecte n'est pas jugée comme un inconvénient. Les répondants ruraux n'hésitent pas à mentionner qu'il y a des façons d'éviter le temps d'attente, comme par exemple, en s'y présentant aux heures les moins achalandées. Le seul désavantage, selon eux, est qu'il n'y a pas suffisamment de collectes organisées près de chez eux. Enfin, s'ils n'ont pas la chance de pouvoir assister à la collecte prévue, ils doivent attendre six mois ou un an avant la prochaine.

4.3.2.2 Les banlieusards

Les résidents de la banlieue se distinguent par l'importance qu'ils accordent à leur famille nucléaire. Le fait que leur disponibilité, en termes de temps, soit limitée en semaine, les empêche d'effectuer un don lorsque des collectes sont tenues dans leur municipalité en semaine. Ils préfèrent généralement effectuer un don de sang de façon spontanée lorsqu'ils voient une collecte au centre commercial et que le temps leur permet ou sur leur lieu de travail. Plusieurs d'entre eux affirment que s'il n'y avait pas de collecte au travail, ils ne donneraient pas de sang puisque tous leurs temps libres sont réservés à leur famille. De plus, le temps qu'ils doivent allouer sur les lieux de collecte ressort comme un désavantage majeur. Certains des répondants mentionnent qu'ils préféreraient prendre un rendez-vous afin de réduire le temps d'attente. Par ailleurs, nous avons perçu dans le ton de leur discours un sentiment de culpabilité

puisqu'ils souhaiteraient pouvoir donner davantage, mais que pour l'instant, le temps est un facteur limitatif aux dons potentiels.

4.3.2.3 Les urbains

Il est plus difficile d'associer les répondants urbains à une catégorie qui pourrait les représenter en un seul bloc. Notre échantillon est tout à fait représentatif de la qualification du mode de vie urbain, soit hétérogène. Leurs réponses par rapport aux questions sont donc relativement variées. Tout d'abord, leur routine de don n'est pas uniforme alors que certains préfèrent les centres fixes, tels que les lieux de travail. À l'inverse, d'autres répondants préfèrent regarder sur le site d'Héma-Québec afin de trouver une collecte lorsqu'ils peuvent donner du sang. Ensuite, la distance qui les sépare du lieu de collecte ne les dérange pas, mais ils préfèrent des lieux de collecte facilement accessibles, soit près d'un métro ou avec un stationnement. En ce qui a trait à la variable du temps, les répondants urbains n'accordent pas une aussi grande importance à cette dimension comparativement aux banlieusards. Par contre, ils n'apprécient guère que l'attente soit trop longue. Parmi les autres inconvénients mentionnés, plusieurs des répondants affirment avoir une crainte par rapport aux aiguilles ou qu'ils sont inconfortables à l'égard de certaines questions posées dans le questionnaire. Finalement, il ressort aussi que les urbains sont sollicités par plusieurs causes dans leur quotidien. Le fait que les répondants urbains soient sollicités par des causes caritatives telles que Centraide ou Greenpace, nous donne l'impression que le don de sang devienne une cause parmi tant d'autres.

4.3.3 La disponibilité des produits du sang

Comme nous l'avons présenté précédemment, ce facteur représente la disponibilité de sang en cas de besoin. Les témoignages de nos répondants sur leurs connaissances et croyances par rapport à ce thème varient aussi pour cette section selon leur type de milieu de vie. Dans cette section, nous abordons le thème touchant la croyance qu'il y ait un jour une pénurie de sang (figure 15).

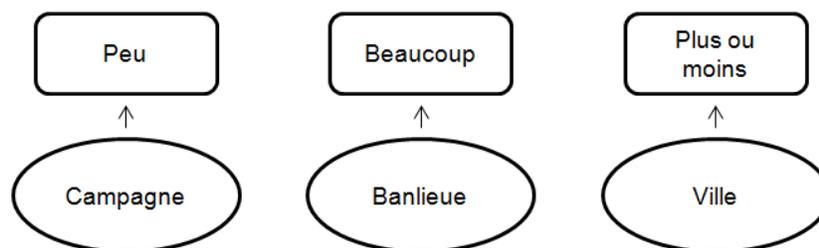


Figure 15 : La représentation de la perception d'une pénurie selon le milieu

4.3.3.1 *Les ruraux*

Pour ces répondants, la disponibilité de sang n'est pas une éventualité possible, car il y en aura toujours. La disponibilité du sang n'est donc pas un aspect problématique pour les répondants vivant en milieu rural. Bien qu'ils croient qu'il y ait suffisamment de sang pour tout le Québec, ils se souviennent avoir déjà entendu que les banques de sang étaient basses. Ils nous ont ainsi révélé que les banques de sang peuvent être affectées par les saisons ou que certains groupes sanguins ont des besoins particuliers. De plus, ils sont convaincus qu'en cas de manque de ressources sanguines, ils réussiraient à mobiliser une quantité suffisante de donneurs par l'entremise d'amis et de connaissances de leur paroisse afin de subvenir aux besoins.

4.3.3.2 *Les banlieusards*

Contrairement aux ruraux, les résidents de la banlieue ne sont pas aussi convaincus qu'il y aura une disponibilité suffisante de sang en cas de besoin. La plupart disent espérer qu'il y en ait en ajoutant qu'il serait important de faire des messages « alarmistes » advenant que les réserves soient basses afin de mobiliser la population. Il se dégage ainsi de leur discours une crainte liée à un manque de sang et que si c'était le cas, ils se trouveraient davantage de temps dans leur horaire pour donner du sang. Comme nous l'avons vu dans la section sur les motivations, les gens de la banlieue ont tendance à donner en prévision d'avoir besoin un jour. Ce thème est souvent ressorti en discutant d'une éventuelle pénurie. L'idée qu'il y a une réserve de sang est très présente aussi dans leur discours. Ils croient fortement que le sang mis en réserve

permettra de subvenir aux besoins durant le temps nécessaire à la mise ne place d'un plan d'urgence. Les banlieusards se démarquent par leur caractère préventif à l'égard d'une pénurie.

4.3.3.3 Les urbains

Une fois de plus, les réponses des candidats urbains sont diverses. Certains croient qu'il y aura du sang de disponible en cas de besoin tandis que d'autres apparaissent plus septiques. Tous les candidats affirment avoir déjà entendu parler soit à la radio ou dans les journaux, qu'il manquait de sang. Certains disent que, présentement, les réserves de sang doivent être bonnes puisque cela fait un moment qu'il n'y a pas eu de messages selon lesquels il manquait de sang. Par contre, les urbains semblent plus réalistes à la situation particulière de la cause du don de sang. Ils sont conscients que si différentes mesures ne sont pas prises afin d'attirer davantage de donateurs, il risque réellement d'avoir des pénuries et cela pour deux raisons. La première, les jeunes ne donnent pas suffisamment selon eux, et la seconde, les différentes croyances et religions de certains groupes ethniques les empêchent de donner.

4.3.4 Les messages médiatiques et culturels

Comme dans le cas des structures sociales, il y a peu de distinctions entre les milieux pour ce qui est des messages médiatiques. Les publicités d'Héma-Québec véhiculent des messages positifs à l'égard du don et plusieurs participants se souviennent de celles avec les individus ayant des « manches coupées ». De plus, comme il a été abordé dans la section sur la disponibilité du sang, plusieurs répondants semblent avoir vu des messages selon lesquels les réserves de sang seraient basses à un moment dans leur vie. Ces messages du type « alarmiste » semblent les avoir davantage marqués puisque les répondants l'ont véhiculé de façons récurrente et spontanée dans leurs discours. Cette section comprend aussi les messages culturels qui se traduisent par l'opinion générale de la société à l'égard du comportement. La figure 16 traduit l'opinion et la perception de l'entourage des participants à l'égard du don de sang.

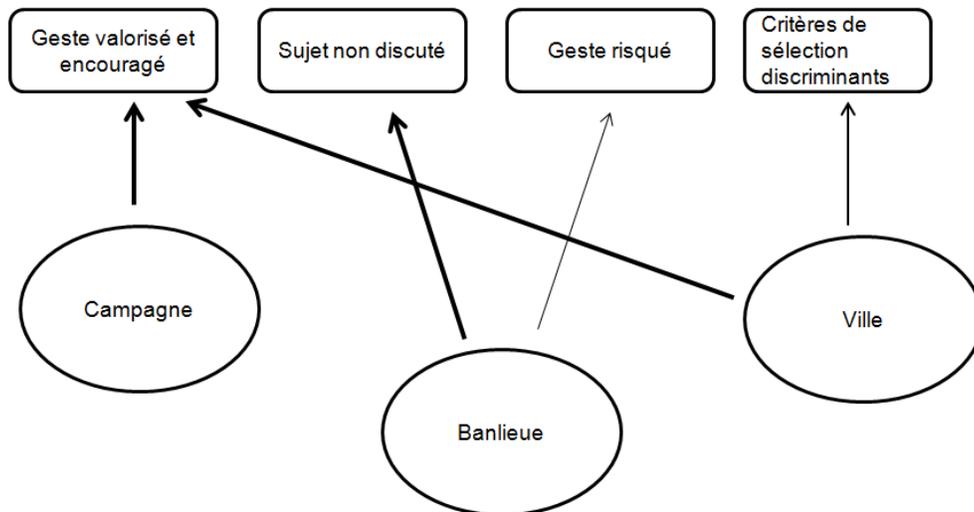


Figure 16 : La caractérisation de la perception de l'entourage des participants au don de sang

4.3.4.1 Les ruraux

Pour la plupart des répondants vivant en milieu rural, le don de sang est associé à un geste valorisé dans la société québécoise. Lorsqu'ils en parlent dans leur entourage, certains de ces répondants affirment ressentir une fierté d'avoir effectué ce geste puisqu'il est parfois considéré à risque. Les participants ruraux nous ont ainsi mentionné que plusieurs personnes de leur entourage sont mal informées quant aux procédures relatives au don de sang et cela peut engendrer des craintes. Finalement, les répondants connaissant des gens de leur entourage qui effectuent des dons de sang s'encouragent mutuellement afin de poursuivre cette activité.

4.3.4.2 Les banlieusards

Pour les banlieusards, le don de sang n'est pas un sujet souvent abordé par les répondants de la banlieue avec leur entourage. Plusieurs des répondants de la banlieue ont affirmé donc ne pas en parler, pas nécessairement parce que cela est mal vu mais simplement parce que cela ne vient pas sur le sujet. Par contre, certains des répondants de la banlieue ont mentionné qu'il y a encore tout de même une image négative liée au don de sang à la suite à la crise de sang contaminé. Ces répondants n'osent donc pas en parler avec des membres de leur famille plus âgés, car certains associent encore le don de sang à un comportement à risque.

4.3.4.3 Les urbains

Lorsque les répondants urbains abordent le sujet du don de sang avec leur entourage, plusieurs reconnaissent l'importance du geste sans nécessairement connaître de donneur. Ils amènent par le fait même l'idée que d'autres individus vont nécessairement effectuer un don, ce qui pourrait en résulter à une déresponsabilisation par rapport à l'adoption de ce comportement. Les répondants urbains évoquent, contrairement à ceux des autres milieux, certains aspects du questionnaire de sélection qu'ils jugent restrictifs. Dans bien des cas, les répondants urbains ont des amis homosexuels, de couleur noire ou d'origine française et ils ont de la difficulté à concevoir qu'ils ne puissent pas encore donner du sang.

4.3.5 Effets sur la santé personnelle

Tel que nous l'avons vu dans le volet descriptif, plusieurs participants croient que donner du sang a un effet sur leur santé tant physique que mentale, bien que cela ne soit que des perceptions. Cette section, présente les effets perçus positifs et négatifs sur la santé physique et mentale mentionnés par les répondants.

4.3.5.1 Les effets perçus sur la santé physique

Comme nous l'indique la figure 17, ce sont les répondants du milieu rural qui ressentent davantage d'effets bénéfiques sur leur santé physique après un don de sang. Certains ressentent des gains d'énergie et ont un meilleur sommeil. Par ailleurs, la majorité des répondants de chaque type de milieu croit que le don de sang leur permet une régénération sanguine. Cette croyance est moins forte chez les urbains comparativement aux autres milieux. Finalement, certains perçoivent aussi le don de sang comme une opportunité de faire un bilan de santé dans la perspective où le manque de fer pourrait leur être indiqué. Cela est un aspect plus beaucoup plus présent chez les urbains et à dans une moindre mesure, des banlieusards.

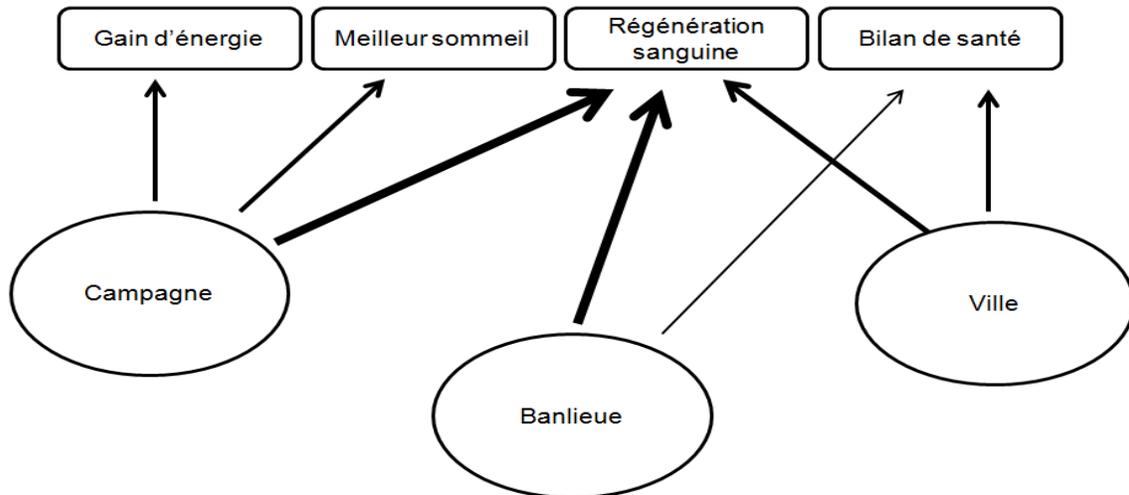


Figure 17 : Les effets bénéfiques perçus sur la santé physique

Pour ce qui est des effets négatifs, le premier résultat le plus surprenant est à l'effet que les résidents du milieu rural n'expriment pas ressentir d'effets négatifs suite au don : pour les répondants de ce milieu, il ne semble pas avoir d'inconvénients à donner.

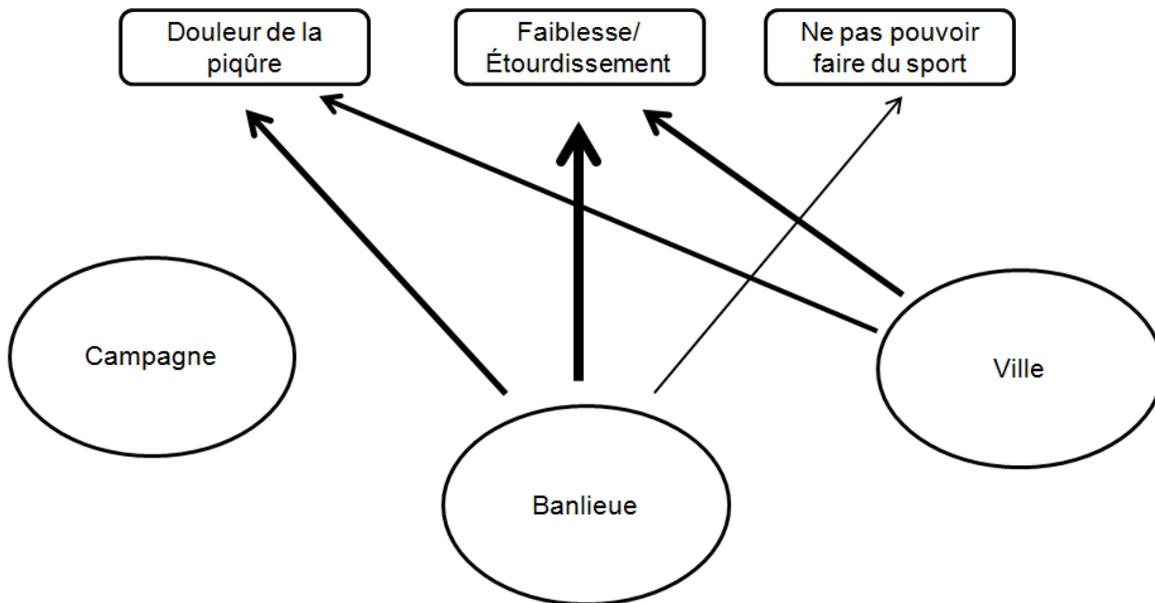


Figure 18 : Les effets négatifs perçus sur la santé physique

4.3.5.2 Les effets perçus sur la santé mentale

Plusieurs effets, représentés à la figure 19, sont ressortis des discours des participants en lien avec la santé mentale. Une fois de plus, les résidents du milieu rural sont ceux qui ressentent le plus des effets positifs sur leur bien-être après avoir fait un don. Dans plusieurs cas, ils mentionnent avoir un *boost* d'énergie et se sentent fiers d'avoir accompli une bonne action. Comme nous l'avons abordé précédemment, dans l'entourage de plusieurs des répondants, le geste du don de sang est fortement valorisé, leur permettant aussi de ressentir une hausse de leur estime personnelle. Pour les banlieusards, le don de sang leur permet une valorisation personnelle à travers la bonne action qu'ils viennent de poser.

L'effet perçu pour les répondants urbains est principalement le sentiment du devoir accompli. Pour les urbains, comme nous l'avons vu, le don de sang est un devoir que chaque citoyen doit accomplir. Cette vision ressort donc à travers leur discours puisqu'ils se sentent fiers d'avoir accompli ce geste et ils ont le sentiment d'avoir accompli leur devoir de citoyen.

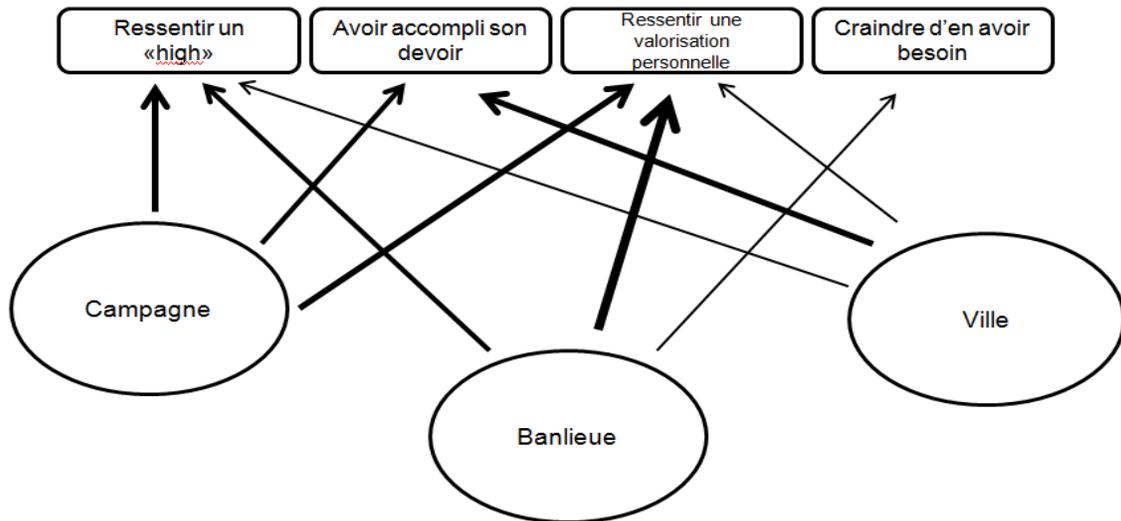


Figure 19 : Effets perçus sur la santé mentale

4.4 Comparaisons des dimensions de l'attachement au lieu entre les milieux

Cette section a pour objectif de présenter les différences selon les types de milieux de vie des dimensions de l'attachement au lieu.

4.4.1 Les liens affectifs envers le lieu de résidence

La première dimension de l'attachement au lieu est reliée au lien affectif que les répondants entretiennent avec leur lieu de résidence. Afin de relever ce lien, nous leur avons premièrement demandé depuis combien d'années ils y résident et pour quelles raisons ils ont choisi d'y habiter. En faisant une moyenne du nombre d'années de résidence, les répondants du milieu rural se démarquent puisqu'ils y sont établis en moyenne depuis environ 25 ans comparativement à 11 ans pour ceux de la ville et 13 ans pour ceux de la banlieue. La figure 20 démontre à quelle fréquence générale les individus nous ont mentionné avoir déménagé au cours de leur vie. Les résidents de la campagne sont ceux qui ont déménagement le moins fréquemment. Dans bien des cas, ils ont quitté leur lieu d'origine pour leurs études, mais ils ont tout de même décidé d'y acheter leur propriété par la suite. Les résidents de la banlieue et de la ville ont, de leur côté, davantage déménagé. Dans plusieurs cas, ils ont souvent déménagé pendant leurs études afin de vivre de nouvelles expériences dans de nouveaux quartiers. Leur parcours résidentiel s'est davantage stabilisé lorsqu'ils ont décidé de devenir propriétaires. Enfin, une très faible partie de nos répondants sont encore locataires.

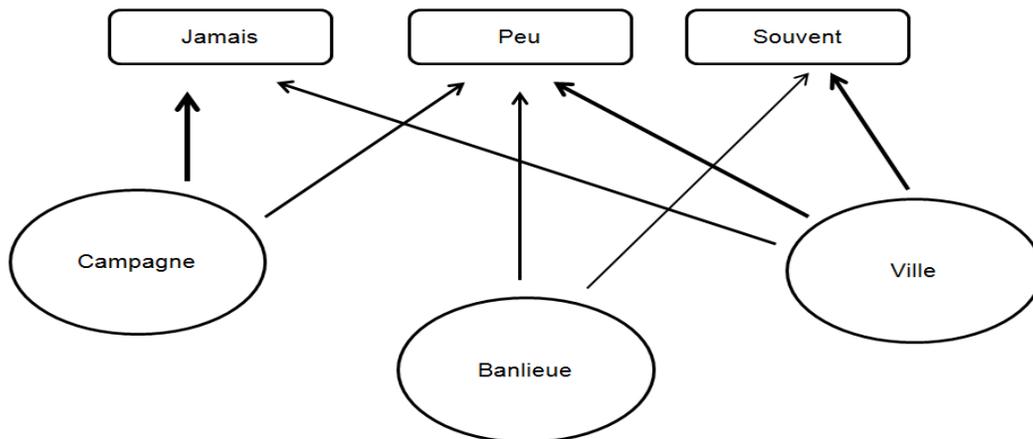


Figure 20 : Fréquence de déménagement

4.4.2 Les éléments cognitifs

Plusieurs thèmes sont ressortis en lien avec les éléments cognitifs dans le volet descriptif. Celui qui comporte le plus de différences entre les types de milieux est l'identification personnelle à son lieu de résidence c'est-à-dire définir une partie de son identité en lien avec certaines caractéristiques de son milieu de vie. Les répondants du milieu rural apparaissent avoir un attachement particulier envers leur lieu de résidence. Ils se qualifient souvent de «personnes de la campagne» aimant la nature et les grands espaces. Certains ont ainsi développé un fort sentiment d'appartenance régionale, par exemple le fait d'être beauceron ou saguenéen comme nous l'avons soulevé dans une section précédente.

Un parallèle peut être fait avec les témoignages des urbains. La plupart d'entre eux résident sur l'île de Montréal et ils s'associent généralement à la ville à travers leur mode de vie. Leurs modes de déplacements actifs qu'ils privilégient pour leurs activités quotidiennes font donc partie de leur identité urbaine. Certains qui résident depuis longtemps dans leur quartier mentionnent avoir un attachement à des lieux spécifiques, comme par exemple, le canal de Lachine. Pour d'autres répondants qui souhaitaient devenir propriétaires, il était tout de même hors de question qu'ils quittent leur île, ce qui a amené la recherche de compromis entre l'espace et la localisation de leur propriété.

Les résidents de la banlieue n'expriment pas un sentiment d'attachement aussi développé à l'égard de leur lieu de résidence. La plupart l'apprécient parce qu'il répond adéquatement à leurs besoins. Ils recherchaient à l'origine un milieu tranquille pour élever leurs enfants et facilement accessible pour leur emploi. Certains participants ont exprimé s'identifier à leur lieu d'enfance comme quoi ils continuent de se percevoir comme une personne du Bas-du-Fleuve. Par contre, personne n'a exprimé appartenir à la ville, qu'ils qualifient généralement en des appellations négatives, telles que bruyante et stressante (figure 21).

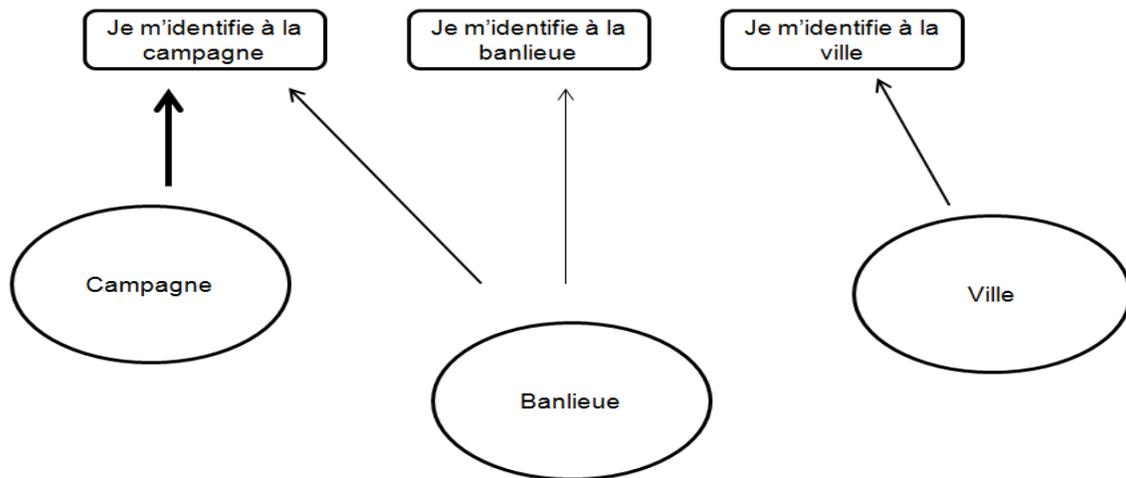


Figure 21 : Identification personnelle à un type de milieu

4.4.3 Les comportements individuels

Dans le cadre de nos entretiens, nous avons cerné les comportements individuels par l'implication des individus dans leur milieu peu importe la forme de celle-ci. Un constat général ressort : tous les répondants font des dons en argent soit à des organismes ou pour d'autres causes.

Les répondants de la campagne, bien que plusieurs nous aient affirmé manquer de temps, sont ceux s'impliquant le plus dans leur milieu. L'implication sociale peut ainsi se faire à différents niveaux, comme illustré à la figure 22. Cette implication s'inscrit parmi les activités des enfants à l'école ou dans leurs équipes sportives, soit sur leur lieu de travail ou dans leur communauté.

Tel que nous l'avons mentionné, les résidents de la banlieue sont très tournés vers leur famille. Ils s'impliquent donc davantage dans diverses activités pour leurs enfants que ce soit comme étant entraîneur d'équipe sportive ou dans un comité de parents. Par ailleurs, une forte majorité des répondants ne s'implique pas compte tenu d'un manque de temps.

Finalement, les répondants urbains sont davantage amenés à interagir dans leur communauté puisque certains d'entre eux sont dans des conseils d'administration pour leur condominium ou s'impliquent à diverses causes comme pour celles de l'établissement d'une CPE dans leur quartier. Enfin, les répondants urbains s'impliquent également beaucoup pour leurs enfants où à

travers des activités impliquant leurs enfants, particularité aussi présente chez ceux de la banlieue.

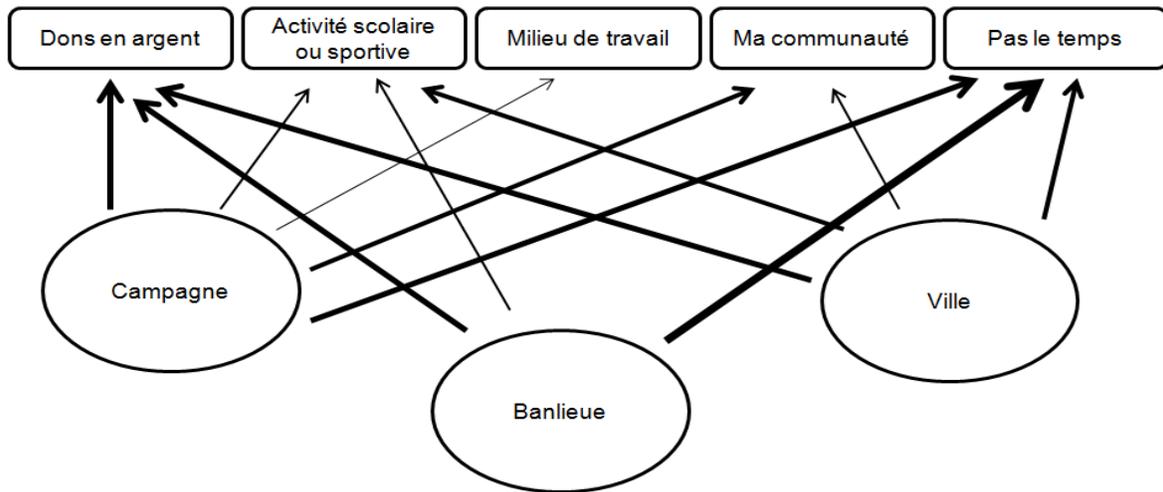


Figure 22 : Implication et bénévolat des répondants

4.5 Comparaisons des caractéristiques des milieux de vie

4.5.1 Les dimensions physiques du lieu

Nous avons présenté précédemment dans le volet descriptif la représentation du chez soi des participants de l'étude. Bien que plusieurs réponses aient été mentionnées, certaines sont spécifiques à certains milieux et ont une importance variable selon ceux-ci. Comme il est présenté à la figure 23, à la campagne, une majorité des répondants associe leur chez soi à leur lieu d'origine et ce, peu importe l'échelle géographique. D'autres répondants vont, pour leur part, plutôt mentionner leur région ou leur municipalité de résidence actuelle.

À l'inverse, les banlieusards n'associent pas leur chez soi à leur région ou leur municipalité. Pour la plupart des répondants originaire de la banlieue, ils l'associent à leur maison où ils se sentent en sécurité et libres de faire ce qu'ils veulent sans embêter leurs voisins. Certains vont encore dire spontanément que leur chez soi est chez leurs parents, où ils ont grandi. Finalement, les répondants de la ville ont des réponses très variées quant à leur chez soi comme l'indique la figure 23. Par contre, aucun répondant urbain ne s'associe à leur région métropolitaine.

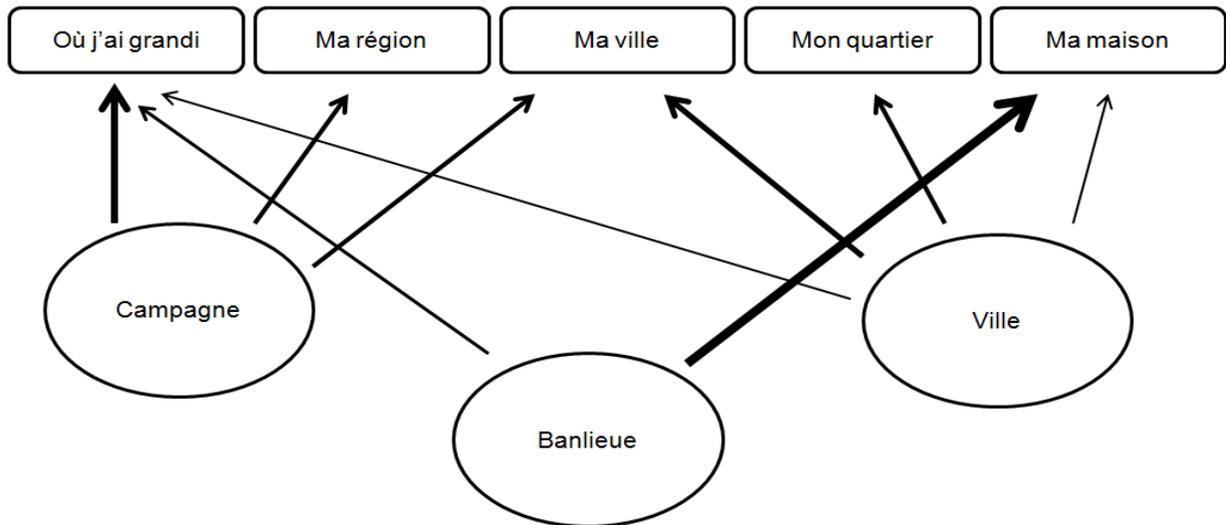


Figure 23: Représentation du chez soi

4.5.2 Les dimensions sociales du lieu

Les dimensions sociales d'un lieu peuvent se traduire, entre autres, par les relations développées avec les voisins, les interactions avec les gens de notre milieu, mais aussi, par la proximité des membres de notre famille et de nos amis. Nous n'avons pas relevé de distinctions entre les milieux dans les relations avec leur voisinage. Les répondants nous ont affirmé entretenir des relations cordiales avec ceux-ci. Par contre, nous relevons des différences entre les milieux quant à la proximité géographique du lieu de résidence de la famille et des amis de nos répondants. Comme l'indique la figure 24, les résidents de la campagne ont davantage témoigné avoir des membres de leur famille ou amis qui demeurent près d'eux. Ceci peut être lié au fait qu'ils demeurent au même endroit depuis longtemps, voire qu'ils y ont grandi.

Les gens de la banlieue ont généralement peu de membres de leur famille près de leur lieu de résidence et souvent, leurs amitiés se sont développées auprès de d'autres parents par l'entremise de leurs enfants. Pour les urbains, la notion de proximité n'apparaît pas être le même concept que pour les répondants des autres milieux. Pour eux, tant que leurs amis ou famille sont localisés sur l'île de Montréal ou dans la région de métropolitaine de Québec, ils sont jugés à proximité. Les répondants urbains ne fonctionnent donc pas par quartier, mais plutôt au moyen de barrières géographiques, comme par exemple le fleuve et la Rivière-des-Prairies qui délimitent l'île de Montréal, afin d'exprimer l'éloignement.

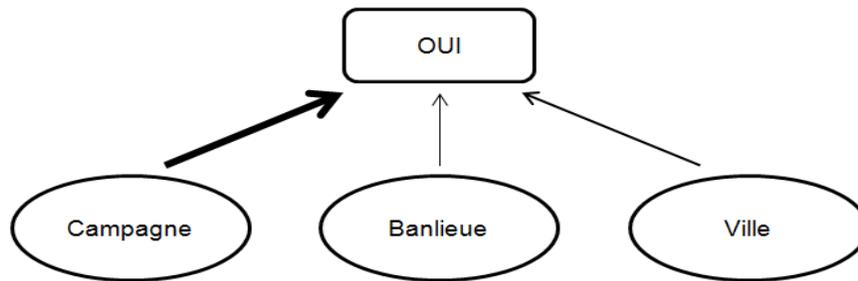


Figure 24 : Proximité de la famille ou des amis du lieu de résidence des répondants

4.6 APPLICATION DU MODÈLE POUR CHAQUE MILIEU

Dans cette section, nous avons repris le modèle présenté au chapitre 2 (voir figure 11 p.46) et analysé pour chacun des milieux. En fonction des témoignages de nos répondants, nous avons ainsi pu relever les facteurs ou dimensions qui ont une influence positive ou négative sur le don de sang. Les figures 25, 26 et 27 représentent ces applications du modèle. Premièrement, plus les traits d'un carré représentant un facteur ou une dimension sont foncés, plus celui-ci a une influence significative. Il en va de même pour la grosseur des carrés afin de les démarquer les uns des autres. Deuxièmement, les traits verts signifient une influence positive, ceux rouges, un aspect négatif. Les traits bleus sont présents seulement pour le milieu urbain et ils signifient que les discours étaient trop hétérogènes pour évaluer si l'influence était plus positive que négative. Finalement, les traits noirs signifient que la variable a une influence neutre sur l'adoption du comportement de don de sang.

4.6.1 Description de l'application du modèle d'analyse pour la campagne

Le modèle appliqué à la campagne est représenté à la figure 25. Pour le premier facteur, celui de la disponibilité du sang en cas de besoin, nous jugeons qu'il a une faible influence sur le don de sang. De façon générale, les résidents de la campagne ne craignent pas qu'il n'y ait pas de sang de disponible pour eux s'ils en ont besoin un jour. Pour eux, le sang est bien géré et il y a suffisamment de donneurs afin de répondre aux besoins. Le second facteur, les structures physiques, ont dans ce cas-ci, une influence négative sur le don puisqu'il n'y a pas suffisamment de collectes organisées dans leur municipalité selon les répondants. S'ils ne sont

pas disponibles lors de la journée de la collecte, ils doivent ainsi attendre la prochaine organisée dans leur municipalité pour effectuer leur don. Ils ne chercheront pas à donner dans un autre site et c'est pourquoi nous jugeons que ce facteur a une influence négative. Le troisième facteur, les structures sociales, a une influence positive pour les répondants de la campagne puisqu'ils connaissent en majorité au moins une autre personne dans leur entourage qui donne du sang. Cela les incite, dans certains cas, à continuer de donner du sang.

Le quatrième facteur, les messages médiatiques et culturels, a une forte influence sur le don de sang en fonction de notre modèle. Selon les répondants, le don de sang demeure un geste qui est très valorisé et encouragé dans leur entourage. Ensuite, aucun des répondants n'a mentionné de thèmes négatifs liés au fait de donner du sang et ils se sentent fiers lorsqu'ils en parlent avec leur entourage. Nous croyons donc que cette valorisation personnelle à travers le fait de donner du sang risque de les influencer à continuer de faire des dons. Le cinquième facteur, les effets sur la santé personnelle, a aussi une influence positive importante. Les répondants nous ont seulement mentionné des effets positifs sur leur état de santé tant physique que mentale en lien avec le don de sang. Aucun des répondants n'a exprimé ressentir d'effets indésirables à la suite du don de sang.

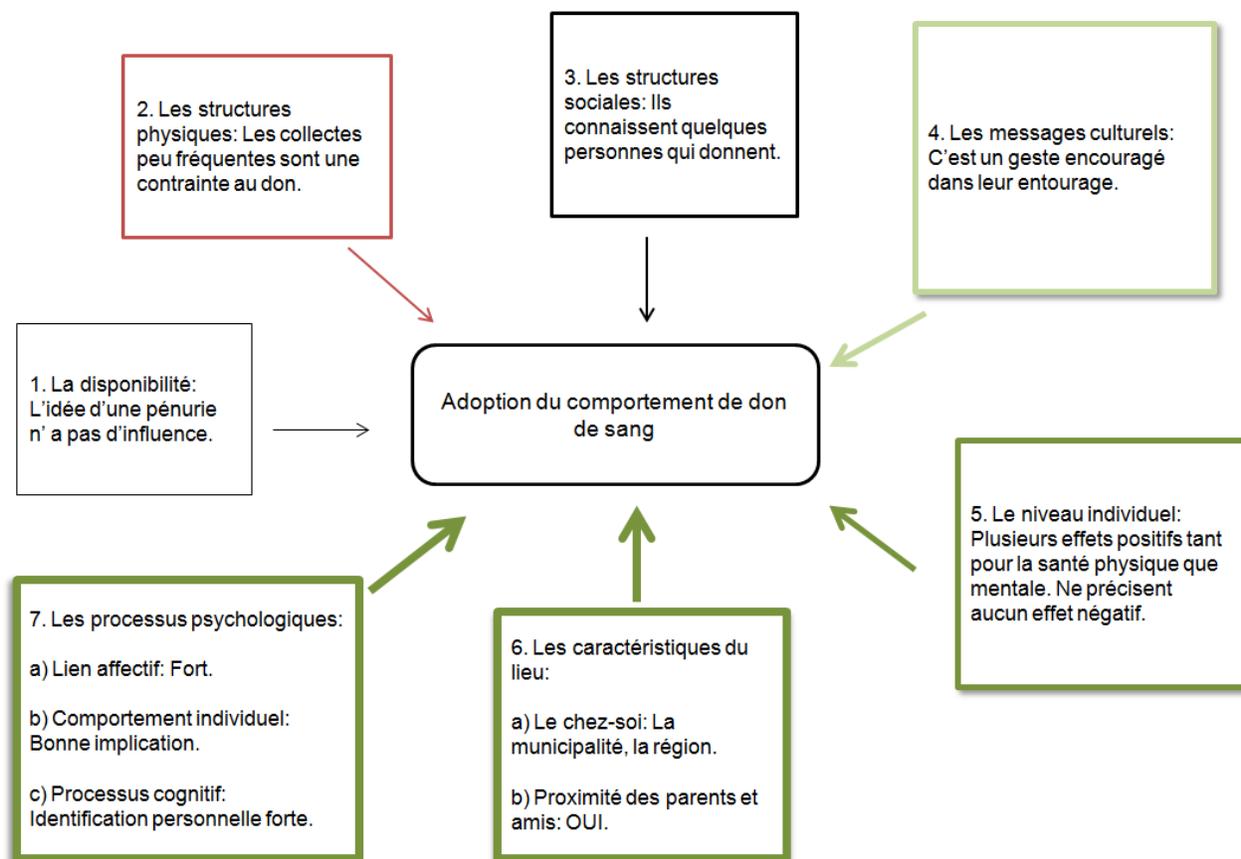


Figure 25 : Application du modèle d'analyse pour la campagne

En examinant les variables liées à l'attachement au lieu, il est possible d'affirmer qu'à travers leurs discours, les habitants de la campagne témoignent ressentir un fort sentiment d'attachement. Nous le retrouvons premièrement dans leur identification de leur chez soi qui est généralement associé avec le territoire rural. Ensuite, pour la plupart d'entre eux, leur famille et leurs amis habitent aussi dans le même type de milieu qu'eux. Cette particularité amène des liens sociaux forts et renforce le sentiment d'attachement des répondants. En analysant les processus psychologiques en lien avec l'attachement au lieu, nous notons aussi que les résidents ruraux risquent d'avoir un lien affectif plutôt élevé puisqu'ils n'ont pas déménagé souvent et qu'ils demeurent au même endroit depuis plusieurs années : dans certains cas depuis leur enfance. De plus, ils ont tendance à s'impliquer dans leur milieu de différentes façons que ce soit directement au sein de leur communauté ou par l'entremise d'activités pour leurs enfants. En dernier lieu, ils ont aussi une forte identification personnelle à l'égard de la campagne, ce qui renforce le sentiment d'attachement au lieu.

4.6.2 Description de l'application du modèle d'analyse pour la banlieue

Le modèle appliqué à la banlieue est représenté avec la figure 26. Le premier facteur, soit celui de la disponibilité aux produits sanguins, a une forte influence positive sur les répondants de la banlieue. En effet, il semble que la crainte qu'il n'y ait pas de sang en cas de besoin amène les banlieusards à donner davantage. Ils espèrent, qu'en donnant du sang ils s'assurent qu'il y en est de disponible pour eux ou un membre de leur famille s'ils ont besoin éventuellement. Le second facteur, les structures physiques, influence négativement le comportement de don de sang. Plusieurs facteurs limitatifs ont été soulevés dans les discours en lien avec les structures physiques comme le temps d'attente sur les lieux de collectes et les horaires. Tel que mentionné précédemment, les gens de la banlieue consacrent beaucoup de temps à leur famille et plusieurs d'entre eux manquent de temps. Ils préfèrent ainsi donner de façon spontanée la fin de semaine puisque bien souvent les soirs de semaine ils sont fatigués et débordés. Les troisième et quatrième facteurs sont étroitement liés dans le modèle pour les répondants de la banlieue et amènent une influence négative sur le comportement. Pour les structures sociales, les participants ont affirmé connaître peu de personnes qui donnent aussi du sang. De plus, le don de sang n'est pas un sujet qu'ils abordent dans leur entourage. Selon Cohen *et al.* (2000), mais aussi de façon généralement dans la littérature sur les comportements, l'influence des pairs joue un rôle important sur l'adoption de comportement. Les répondants de la banlieue semblent ainsi ne pas avoir de proches les incitant à pratiquer le don de sang plus fréquemment. Finalement, les répondants de la banlieue ont soulevé plusieurs effets négatifs ressentis sur leur santé personnelle suite au don.

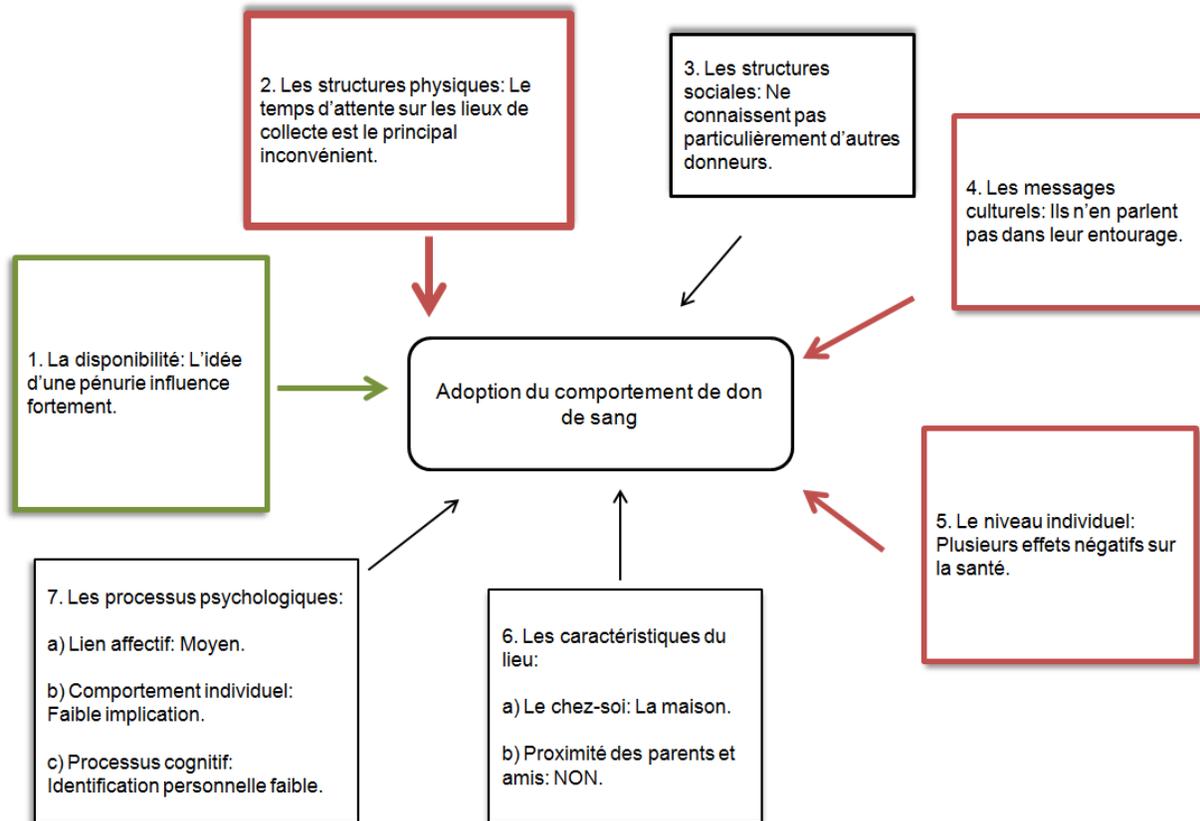


Figure 26: Application du modèle d'analyse pour la banlieue

En examinant les dimensions de l'attachement au lieu, nous remarquons à travers les discours que les résidents de la banlieue semblent moins attachés à leur milieu que ceux de la campagne. De façon générale, les répondants de la banlieue apprécient leur lieu de résidence pour la sécurité qu'il leur apporte et ils considèrent que c'est un endroit idéal pour la famille.

Par ailleurs, les répondants de la présente étude ne démontrent pas de lien affectif fort et ne s'impliquent pas particulièrement dans leur milieu (sauf quelques exceptions qui participent à des activités pour leurs enfants). De plus, il ne ressort pas de leur discours d'identification personnelle à l'égard de la banlieue. Les participants sont davantage attachés à leur maison plutôt qu'à la municipalité et plusieurs affirment que leur propriété représente leur chez-soi. En terminant, les participants mentionnent qu'ils ne connaissaient pas d'autres résidents lorsqu'ils ont choisi d'emménager en banlieue. Pour la plupart, des liens d'amitiés se sont créés avec les parents des amis de leurs enfants mais, leur famille ne réside pas en banlieue.

4.6.3 Description de l'application du modèle d'analyse pour la ville

Le modèle appliqué à la banlieue est représenté avec la figure 27. Un constat est ressorti après l'analyse des discours des participants de la ville : l'hétérogénéité des réponses. Il est difficile de déterminer de quelle façon chaque facteur du modèle influence les urbains puisqu'ils n'ont pas les mêmes réponses. Lorsque les réponses étaient trop disparates, les facteurs ont été mis en bleu. Le premier facteur, celui de la disponibilité, a une faible influence sur les répondants de la ville. Plusieurs urbains sont davantage conscients des réalités en terme de besoins de sang mais cela ne les affecte pas dans la mesure où ils ne donnent pas en prévision d'avoir besoin un jour. Comme pour les répondants de la banlieue, les structures physiques apportent une influence négative dans le modèle puisque plusieurs désavantages sont décrits. Pour les structures sociales, elles ont une faible influence positive puisqu'ils connaissent quelques personnes dans leur entourage qui donnent du sang. Finalement, les messages culturels et les effets perçus sur la santé n'ont pas d'influence dans le modèle. En effet, les réponses des participants étant trop différentes, il n'a pas été possible de créer un ensemble.

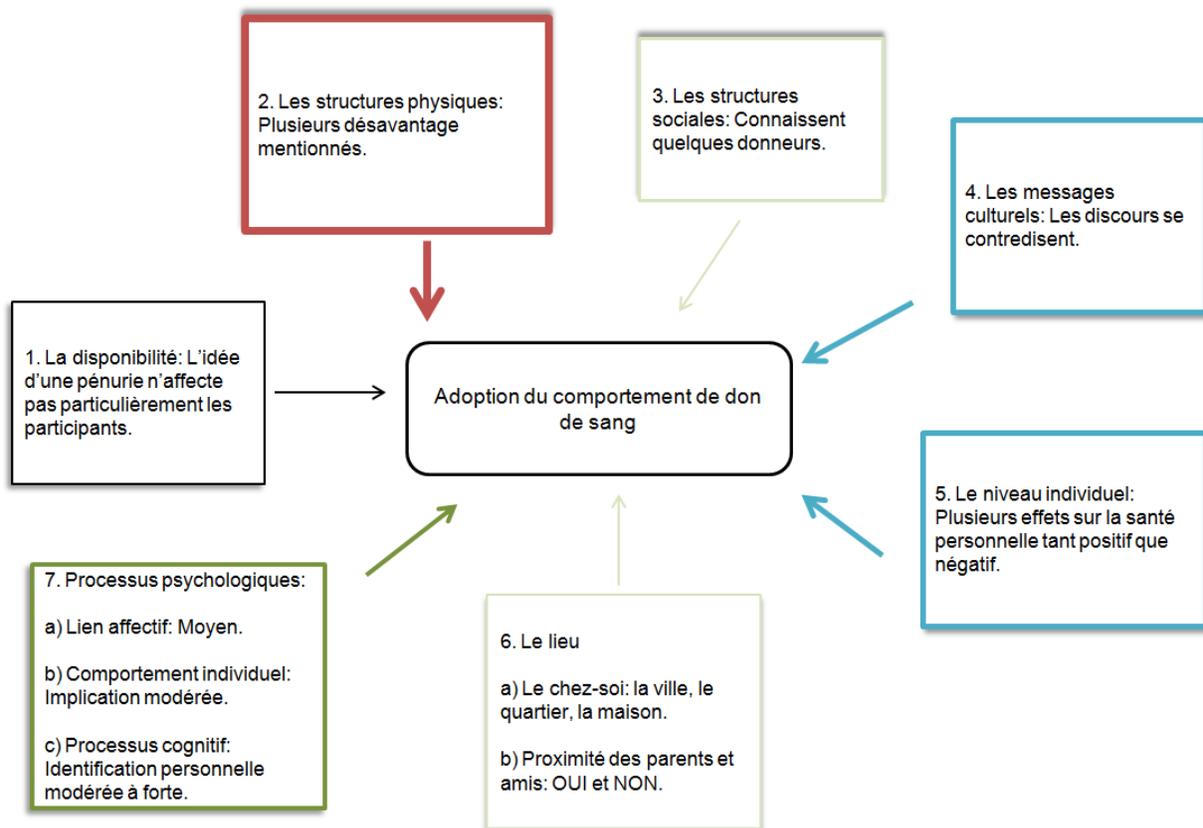


Figure 27: Application du modèle d'analyse pour la ville

En ce qui a trait aux variables sur l'attachement au lieu, les urbains démontrent un attachement plutôt fort à leur lieu de résidence. Cet attachement se traduit principalement à travers les processus cognitifs et la représentation du chez soi. Plusieurs répondants ont affirmé être des personnes urbaines et que leur mode de vie en ville leur apportait une qualité de vie puisqu'ils évitent beaucoup de trafic en allant travailler en transports en communs ou à vélo. De plus, au moment d'acheter une propriété, plusieurs montréalais trouvaient important de demeurer sur l'île. Même s'ils se sont éloignés du centre, il était essentiel de ne pas traverser les ponts. En terminant, la représentation du chez-soi se fait à plusieurs échelles pour les répondants urbains : la ville, le quartier ou la maison. Le sentiment de sécurité est un thème récurrent pour les urbains. Il était important pour eux d'habiter un quartier dans lequel ils se sentent bien et ils s'y sont graduellement attachés.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Avant de jeter un regard critique sur nos résultats à partir de la littérature existante, revenons brièvement notre question de recherche, qui se déclinait en trois parties.

Quel rôle jouent les facteurs structurels et l'attachement au lieu lorsqu'il est question de variations géographiques du don de sang selon les milieux de vie?

- Est-ce que le modèle structurel des comportements de santé est applicable au don de sang?
- Est-ce que le sentiment d'attachement au lieu a une influence sur le don de sang?

De plus, le modèle proposé incluait 7 dimensions, présentées dans le tableau 9, où l'on résume les influences présentes dans nos résultats. Le vert représente les effets qui sont ressortis comme positif dans les discours des participants, le rouge est les effets négatifs et le noir ceux n'ayant pas d'influence particulière.

Tableau 9 : Résumé des influences de chaque dimension selon le milieu de vie

Variables	Milieux	Effet
Disponibilité	Campagne	
	Banlieue	+
	Ville	
Structures physiques	Campagne	-
	Banlieue	-
	Ville	-
Structures sociales	Campagne	+
	Banlieue	
	Ville	
Messages médiatiques et culturels	Campagne	+
	Banlieue	-
	Ville	
Effets sur la santé	Campagne	+
	Banlieue	-
	Ville	
Le lieu: chez soi	Campagne	+
	Banlieue	
	Ville	+
Processus cognitifs	Campagne	+
	Banlieue	
	Ville	+

Plusieurs constats ressortent quant au rôle que joue le milieu de vie sur les variations géographiques du don de sang selon notre modèle. Nous débutons la discussion en revenant sur l'influence de l'attachement au lieu sur le comportement de don de sang. Nous revenons ensuite sur les grandes distinctions sociologiques de Tönnies et Durkheim de la ville versus la campagne afin de voir si elles ressortent toujours à travers des discours de nos répondants. Finalement, nous présentons une nouvelle réalité : la crainte qu'il y ait une pénurie de sang éventuellement.

5.1 La forte influence de la communauté sur le don de sang

Nous avons en débutant cette recherche l'hypothèse que les résidents de la campagne seraient davantage attachés à leur milieu et que cette réalité pourrait avoir une influence sur leur comportement de don de sang. Nos résultats ont relevé qu'en effet les résidents de la campagne sont très attachés à leur milieu de vie. Par contre, ils ont aussi démontré que les résidents de la ville ont un fort sentiment d'attachement à leur milieu. Cette réalité concorde avec les résultats de l'étude d'Hummon (1986) portant sur l'identité personnelle au lieu, démontrant que 65% des participants qui demeuraient au centre-ville de San Francisco se qualifiaient d'urbains. Tandis que 40% des participants qui habitaient des régions rurales avaient une identité reliée à la campagne (Hummon, 1986). Nos résultats corroborent aussi les recherches de Lalli (1992) qui ont relevé que plus un individu demeure longtemps dans un type de milieu, plus celui-ci se créera une identité en lien avec ce type de milieu. En effet, ce constat a été soulevé dans nos résultats puisque les résidents de la campagne y demeurent en moyenne au moins 25 ans.

Il semble donc que le sentiment d'attachement au lieu ne soit pas l'unique facteur qui fait la différence quand vient le temps d'aller donner du sang. Les résultats de nos travaux sont d'ailleurs très intéressants à cet égard puisque les structures sociales, que nous pouvons indirectement relier à l'appartenance et à l'identification forte des milieux, ont une influence positive seulement chez les résidents de la campagne. Dans ce milieu, presque tous les répondants, connaissent d'autres donneurs de sang ou ont témoigné avoir été accompagnés ou influencés par un proche (conjoint, amis) lors de collectes contrairement aux répondants des autres milieux. Ces résultats concordent avec les études qui évoquent le rôle positif que jouent les pairs lorsqu'il est question de donner du sang, à la fois lors du premier don mais aussi tout

au long de la carrière des donneurs (Lee *et al.*, 1999; Gillespie, 2002; Glynn *et al.*, 2002; Hupfer, Taylor et Letwin, 2005; Misje, Bosnes and Heier, 2008; Nguyen *et al.*, 2008).

Depuis longtemps déjà, la ville et la campagne font l'objet de comparaison dans les écrits. La vie en milieu rural est imaginée comme étant près de la nature tandis que, la vie en milieu urbain dégage un portrait plus bruyant, plus «bétonné». La ruralité est associée aux traditions tandis que l'urbanisation est signe d'innovation et de variété (Knox et McCarthy, 2005). Plusieurs chercheurs ont tenté de comprendre et d'expliquer les différences et parmi les premiers travaux notons ceux de Tönnies (1855-1935) et ceux de Durkheim (1858-1917) avec ses concepts de solidarité mécanique /organique. Dans ses travaux, Tönnies décrit la ruralité à travers son concept de *Gemeinschaft* qu'il définit comme étant la communauté dans laquelle l'unité d'organisation est la famille, où les relations interpersonnelles sont caractérisées de profondes et solides, où les liens sociaux sont forts et où les comportements humains sont contrôlés par des normes sociales influentes (Tönnies, 1963). Il nous a été soulevé à travers les discours des résidents du milieu rural que ces normes sociales sont toujours de mises et qu'elles ont des répercussions sur les routines de don de sang.

Il ressort aussi des discours des participants du milieu rural que donner du sang est un geste qui est valorisé par leur entourage et qu'ils sont fiers de le faire et de le dire. Cette autre influence de la structure sociale est en adéquation avec les travaux de Smith *et al.* (2011), qui en analysant le don de sang selon un modèle de capital social, ont pu affirmer que les individus sont plus enclins à donner du sang lorsque leur réseau social est favorable à ce geste. À l'inverse, si l'opinion des pairs est négative à l'égard du don de sang, l'individu sera moins porter à poser le geste, ce qui se vérifie aussi dans nos résultats du milieu urbain : les résidents de la ville sont davantage confrontés à une image négative du don de sang dans leur entourage, et sont eux-mêmes contrariés par les questions posées dans les questionnaires avant de donner. Dans ce cas, la structure sociale peut potentiellement avoir un rôle négatif dans l'adoption du comportement de don, ou à tout le moins un rôle neutre.

5.2 Le manque de temps comme frein au don de sang

Au-delà de l'appartenance au lieu, nos résultats nous ont révélé des différences importantes dans les modes de vie des répondants selon leur milieu, bien que nos répondants aient tous le même âge et le même genre de familles (présence de jeunes enfants dans tous les milieux).

Ces différences jouent probablement un rôle quand vient le temps d'insérer le don de sang dans la vie quotidienne.

En plus de l'importance des relations sociales, le milieu rural est aussi souvent caractérisé comme étant un endroit où les gens ont des modes de vie plus tranquilles, moins stressants, ce qui transparaît dans nos résultats puisque les gens du milieu rural sont les seuls pour qui le temps d'attente sur les collectes ne soient pas vu comme un facteur négatif. Ils sont les premiers à modifier leur routine et à planifier leur don en fonction des collectes à proximité.

À l'inverse, la ville est souvent associée à la rapidité et au stress que les individus ressentent principalement dû par leur emploi. Pour Durkheim, ce dynamisme n'était pas que négatif : il affirmait plutôt que la perte des liens sociaux, avec la famille et l'entourage, présent en milieu rural était remplacée par des liens pouvant se tisser dans le milieu de travail ou le voisinage (Durkheim, 1964). Notre étude a aussi démontré que les résidents du milieu urbain entretiennent des relations cordiales avec leurs voisins et que certains s'impliquaient même dans leur milieu, bien que les généralisations soient plus difficile à faire parmi les répondants de ce milieu, à l'image de sa population. Par ailleurs, puisque la ville est un lieu où les activités sont très variées, les gens qui souhaitent s'impliquer ne manquent pas d'opportunités, le don de sang en étant qu'une parmi tant d'autres. À tous les jours, le résident urbain se fait solliciter pour différentes causes, il est donc primordial de faire en sorte que le don de sang arrive en haut de ses priorités, et que le temps consacré au don ne soient ni trop long, ni trop complexe à gérer dans leur quotidien (ex : en termes de temps de transport).

Finalement, les résidents de la banlieue sont ceux pour qui la question du temps est la plus importante. Plusieurs de nos répondants affirment ne pas travailler près de leur lieu de résidence et comme l'étude de Turcotte (2011) l'a démontré plus un individu passe de temps dans les transports au quotidien plus celui-ci risque d'être stressé. Nous supposons que les nombreuses heures passées dans les transports amènent nos répondants à avoir moins de temps «libres» en fin de journée ce qui complique leur routine de don sang. C'est pourquoi des mesures comme avoir un espace réservé pour les enfants sur les lieux de collectes mais aussi des collectes organisées sur les lieux de travail sont des options qu'ils trouvent très intéressantes afin de consolider leur vie de famille et leur pratique de don.

5.3 Donner en prévision d'avoir besoin un jour : un don égoïste ?

Un troisième thème qui ressort de façon importante de nos entretiens est l'importance accordée à la crainte d'une potentielle pénurie de sang, en particulier chez les participants de la banlieue. Cet aspect fait référence aux questions de sécurité, déjà étudiées dans d'autres contextes. Pour Zukin (2006), la banlieue serait une forme de contrôle urbain qui aurait eu comme effet de séparer les groupes de niveaux socio-économiques différents tout en diminuant les contacts possibles entre ces derniers. Aussi, dans bien des cas, les nouveaux parents choisissent de résider en banlieue pour l'aspect sécuritaire qu'elle procure à leur famille (Gans, 1969; Walker et Fortin, 2011).

Cette peur qu'il n'y ait pas de sang disponible en cas de besoins amène les résidents de la banlieue à donner afin de prévenir une éventuelle pénurie. D'ailleurs, l'importance de la famille et des enfants est omniprésente chez ces répondants : leur peur d'une pénurie est encore plus forte quand ils la relient à leurs enfants, ce qui peut aussi les pousser à aller donner. Ce constat va à l'encontre de la théorie proposée par Titmuss (1971) affirmant que le don de sang est un geste de pur altruisme. Donner dans l'espoir qu'un jour cela nous sera « retourné » n'est pas si loin d'un don que l'on pourrait qualifier « d'égoïste », comme le suggère Pinker (2006). Pour Titmuss, le donneur altruiste possède des traits de personnalité exemplaire et a une identité civique détachée des appartenances communautaires, ce qui fait qu'il ne peut être motivé ni par des obligations familiales ni par une solidarité entre proche lorsqu'il décide de faire un don de sang. De plus, Titmuss met beaucoup d'emphasis sur la notion « d'étranger » dans l'optique où le donneur de sang fait un don destiné à un pur inconnu. Dans sa critique du modèle de Titmuss, Pinker (2006) soulève que les motivations au don de sang peuvent aussi être d'ordre égoïste puisqu'il affirme que les participants de l'étude de Titmuss étaient conscients qu'un jour ils auraient peut-être aussi besoin de sang et qu'ils aimeraient que des gens pensent aussi à donner du sang. C'est exactement ce qui est rapporté par nos répondants des banlieues.

CONCLUSION

Ce mémoire représente une contribution importante à la question des variations géographiques du don de sang en proposant un modèle unique d'analyse de contenu qualitatif. Nos résultats jettent un éclairage nouveau sur les différences entre le milieu rural, urbain et de la banlieue, en particulier en ce qui a trait à l'importance des structures sociales. L'utilisation du modèle écologique des comportements de santé de Cohen *et al.* (2000) a fait ressortir que plusieurs participants craignaient qu'il n'y ait pas de sang en cas de besoin. Ces craintes n'auraient peut-être pas été aussi présentes en utilisant d'autres modèles ne prenant pas en compte la disponibilité du produit. Ainsi, les différents discours des participants tendent à confirmer l'existence d'un modèle de donneur différent de celui proposé par Titmuss, c'est-à-dire que le donneur de sang commet un geste d'altruisme pur, ce qui cadre tout à fait avec les travaux actuels et futurs de la Chaire sur les aspects sociaux du don de sang, dans lequel ce projet s'insère.

À la lumière de nos résultats, nous pouvons affirmer que le fait d'avoir un sentiment d'attachement fort à l'égard de notre lieu de résidence n'est pas l'unique variable qui explique les disparités géographiques en termes de don de sang au Québec. Tel que présenté, les urbains, principalement de Montréal, sont très attachés à leur ville, bien que cela ne se reflète pas dans leurs décisions de dons comme les gens de la campagne. Par contre, en mesurant d'autres variables (structurelles et individuelles) à travers les discours nous avons pu relever plusieurs différences entre les milieux ce qui justifie l'imbrication des deux modèles choisis au préalable.

Il y a tout de même certaines limites à notre étude, principalement méthodologiques. Premièrement, la méthode qualitative en tant que telle a ses limites puisque bien que notre échantillon soit considérable pour ce type de recherche, cela ne permet pas de généralités. De plus, trois stagiaires ont effectué les entretiens. Cela a pu amener des biais dans les réponses des participants puisque certaines questions ont pu être posées de différentes façons. Finalement, une autre limite de la méthode qualitative consiste à l'objectivité des réponses reçues de la part des participants. Certains participants pourraient ne pas répondre de façon véridique à certaines questions par crainte d'être jugés ou simplement parce qu'ils sont à la recherche d'une «bonne» réponse à la question posée.

Une seconde limite de cette recherche consiste à la classification des types de milieux choisis dans l'optique où, par exemple, nous avons choisi que l'ensemble de l'île de Montréal soit défini

en tant que milieu urbain. Par contre, dans les faits, les extrémités de l'île ressemblent davantage à des banlieues. Du même coup, certaines municipalités, qui sont dans bien des cas des pôles régionaux, ont été classées « rurales ». Or, les résidents de ces municipalités mentionnaient dans leurs témoignages qu'ils ne se considéraient pas comme des habitants de la campagne puisque pour eux, la campagne consiste aux rangs avoisinants la municipalité : eux, habitent « en ville ».

Une dernière limite consiste au choix de notre échantillon et plus particulièrement la sélection du groupe d'âge. Nous avons choisi la tranche d'âge 30-45 ans puisque dans la littérature, nous retrouvons souvent une baisse du nombre de dons de sang pour cette catégorie de donneurs. Le choix de cette tranche d'âge a permis de faire ressortir un portrait plutôt sombre des participants de la banlieue (mention de plusieurs facteurs négatifs au don de sang) tandis que dans les faits, les banlieues sont parmi les territoires les plus performants en termes de don de sang.

Comme pistes de recherche futures, une étude comparant les discours des donneurs actifs versus les inactifs en fonction de leur milieu de vie serait pertinente. De plus, des pistes d'action pourraient aussi être entreprises comme par exemple de possiblement revoir les modes de collecte de sang basés uniquement sur des collectes mobiles. En effet, plusieurs répondants du milieu rural ont soulevé qu'ils apprécieraient pouvoir donner du sang avec rendez-vous et choisir un horaire qui leur convient davantage. De plus, plusieurs trouvent regrettable de seulement donner une fois par année s'ils ne peuvent se présenter à la collecte organisée dans leur municipalité. Des collectes fixes pourraient par exemple s'instaurer dans les CLSC des municipalités plus importantes de certaines régions. Rendre ainsi le don de sang plus « accessible » pour cette population pourrait éventuellement amener plus de dons.

Finalement, les campagnes publicitaires devront aussi éventuellement être révisées afin de mieux sensibiliser la population à la cause du don de sang. Dans son étude, Humpfer (2006) a fait une comparaison de deux types de publicité sur le don de sang. Premièrement il y avait celles qui se rapportent à soi-même (*self-referencing*) et deuxièmement celles qui font référence aux autres (*others-referencing*). Ses résultats démontrent que les publicités qui se rapportent à l'individu étaient celles qui accrochaient davantage les hommes et les jeunes de moins de 30 ans tandis que c'était les femmes qui étaient le plus interpellées par les publicités faisant référence aux autres. Ces constats sont intéressants dans l'optique où Héma-Québec sera de plus en plus confronté à recruter de jeunes donneurs. De nouvelles méthodes devront ainsi être prises puisque le sang est un produit essentiel dans le domaine de la santé.

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN UTILISÉ POUR L'ÉTUDE

Guide d'entretien : **DONNEURS** et **NON-DONNEURS**

Élianne Carrier et Marie-Soleil Cloutier

INRS-UCS

Partie 1 : Expérience et représentation du don de sang

1. *Expérience de don de sang : premier don, service sur place, lieux de la collecte*

Votre premier don : où, quand, avec qui il a eu lieu?
Pourquoi avoir décidé d'aller donner du sang un jour? Quelles étaient vos raisons?
Est-ce que ces raisons sont encore les mêmes aujourd'hui?
En général, comment trouvez-vous l'accueil lors des collectes?
Est-ce que vous connaissiez les bénévoles, le personnel?
Est-ce que l'accueil a changé à travers les années? Selon vos différents dons?
Est-ce que vous avez changé de lieux de collecte au fil des années de vos dons?
Est-ce qu'il y a des lieux de collecte que vous préférez? Mobile ou fixe?
2. *Routine de dons: fréquence, influence dans le temps (plutôt pour les **DONNEURS**)*

Quel est votre fréquence de dons? (par années, dans les 3 dernières années)
Comment vous souvenez-vous qu'il est temps d'aller donner du sang? Vous avez un truc?
Est-ce que la publicité d'Héma-Qc vous influence dans vos dons? Les téléphones?
Le calendrier de dons qui est donné dans certaines collectes vous a-t-il été utile?
Quels sont vos intentions futures de donner? Voulez-vous continuer de donner?
Est-ce que votre routine de don a été modifiée à travers le temps? (vous y alliez en groupe, maintenant vous y allez seul?)
3. *Représentation du don de sang (personnel et sociétal)*

Quels mots vous viennent en tête si je vous dis : *don de sang*?
Qu'est-ce que ça représente donner du sang pour vous? Est-ce important? Si oui, à quel niveau?
Important pour qui/pour quoi? Pour la santé des autres?
Qu'est-ce que l'expression don de sang, don de vie évoque quelque chose pour vous?
Est-ce que vous pensez qu'un don de sang peut sauver des vies?
Qu'est-ce que la société en général pense du don de sang? Est-ce que c'est encouragé? Est-ce que ça compte aux yeux de la population selon vous?
Est-ce que ça devrait l'être plus (ou moins) selon vous?
Quelle est l'image qui se retrouve dans les médias quand on parle de don de sang?
Quelle est l'image du don de sang dans votre entourage?
Est-ce que vous connaissez d'autres personnes qui donnent du sang?
4. *Confiance dans l'organisation que représente Héma-Qc*

Comment avez-vous entendu parler d'Héma-Qc en premier? Savez-vous son rôle?
Est-ce que vous connaissez des lieux de collecte accessible dans votre quotidien? Où sont-ils? (près du travail, de la maison, des lieux de loisirs)
Est-ce qu'Héma-Qc devrait faire plus de collecte? À d'autres endroits? Où?
Qu'est-ce que vous pensez des mesures prises par Héma-Québec pour assurer la qualité du sang collecté? Avez-vous toujours eu confiance (ou pas)?
Est-ce que vous vous rappelez de la crise du sang contaminé (en 1997)?
Est-ce que vous pensez qu'il y a des risques d'attraper une maladie en donnant du sang? En recevant une transfusion?
Comment pensez-vous que le sang est utilisé par Héma-Québec? Est-ce que vous pensez qu'il y a des pertes?

Pour les non-donneurs

5. *Raisons de l'arrêt de dons*

Quels sont les raisons principales qui vous ont amené à ne pas redonner du sang dernièrement?
Temps, peurs, raisons médicales, raisons familiales

6. *Raisons pour un retour au don*

Quels seraient les raisons qui vous feraient redevenir donneur de sang?
Rémunération, temps, proximité des collectes, etc.

Partie 2 : Santé individuelle et don de sang en général

7. *Définition et représentation de la santé*

Quel serait la définition de la santé selon vous?

Selon cette définition, est-ce que vous vous considérer en santé? Pourquoi?

Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans la vie (en ordre : La santé, la famille, le travail)?

Vous est-il arrivé de vous sentir moins bien à certaine période de votre vie? À quoi vous attribuez cela?

Qu'est-ce que vous faites pour vous maintenir et/ou améliorer votre santé?

Comment vous évaluez votre santé et ce que vous avez besoin de faire (pour l'améliorer/la maintenir)?

8. *Santé et don de sang*

Est-ce que vous pensez qu'il est important de se maintenir en santé pour pouvoir continuer de donner du sang ?

Est-ce que vous iriez donner du sang même si vous vous sentiez malade ?

Où serait votre *limite* pour vous empêcher de donner du sang? (un rhume? Une entorse? Si c'est le jour de la collecte annuel, vous y aller quand même?) Contagion?

9. *Besoin de sang*

Si un jour *vous* ou une personne que vous connaissez a besoin de sang, est-ce que vous pensez que vous allez y avoir accès facilement? Si oui, pourquoi vous pensez que l'accès est facile?

Est-ce que vous pensez qu'il y a assez de sang au Québec?

Quels sont les chances selon vous d'une pénurie de sang ici? Avez-vous déjà pensé qu'il pourrait y avoir une pénurie?

Avez-vous déjà reçu une transfusion? Quelqu'un qui a eu besoin de sang?

10. *Inconvénients à donner du sang*

Selon vous, quels sont les inconvénients à donner du sang?

Mental, physique, perte temps, etc.

Est-ce que vous avez déjà été exclu? Comment avez-vous accepté ce refus?

11. *Avantages à donner du sang*

Est-ce qu'il y a d'autres avantages à donner du sang que nous n'avons pas encore abordé?

Comment votre don peut faire une différence?

Est-ce que vous pensez que cela est bon pour votre santé? Votre bien-être? Avez-vous entendu parler d'un tel avantage pour d'autres personnes?

Est-ce que vous avez vu votre expérience comme une opportunité de bilan de santé?

Partie 3 : Appartenance territoriale

12. *Lieu de résidence actuel (résidence principale)*

Pourriez-vous me raconter les circonstances qui vous ont conduit à habiter là où vous habitez présentement?

Depuis combien de temps vous habitez là?

Pourquoi vous aviez choisi cet endroit au départ?

Raisons principales, événements spécifiques (Vous aimiez le quartier? Les maisons étaient abordables? La présence de la nature? La sécurité? Vie culturelle, proximité travail, Etc...)

13. *Voisinage*

Quel genre de contact vous avez avec vos voisins? Quels sont les relations entre voisins dans le quartier? (Peu, échanges, confiance, amis. Croiser souvent? Demandez des services à vos voisins?) Vous avez des amis qui habitent ici? Comment cela a contribué à votre installation dans le coin? En général, si vous aviez à décrire votre quartier à quelqu'un qui ne le connaît pas, qu'en diriez-vous? Tous des gens pareils?

14. *Implication dans le milieu*

Dans vos temps libres, est-ce que vous êtes impliqué dans une association de votre quartier? Si oui, décrivez-moi votre implication (combien de temps vous y passer, type de services, etc.) Est-ce que vous faites des dons autres? Lesquels? Dons de temps, d'argent, etc...

15. *Sentiment d'appartenance au lieu de résidence*

Selon vous, c'est quoi qui définit « se sentir chez vous »?

Vous vous sentez chez-vous ici? (si non pourquoi? C'est où chez vous?)

Est-ce que c'est important pour vous d'habiter à l'endroit où vous êtes présentement?

Prévoyez-vous habiter longtemps ici? Est-ce que vous voulez ou planifiez déménager?

Où habitent les gens qui vous ressemblent dans la vie? Près de chez vous?

Est-ce que c'est important d'habiter près de gens qui nous ressemblent? Pourquoi?

16. *Parcours résidentiel et lieux importants*

Avant d'habiter ici, où est-ce que vous avez grandi?

Vous êtes déménagé souvent? Pourquoi vous êtes déménagé à plusieurs reprises?

Quels étaient les différences et les ressemblances entre vos lieux de résidence?

Comment ça se passait avec les voisins? Différences entre lieux, transports, habitations, voisins

Décrivez-moi les lieux, présents ou passés qui sont les plus importants dans votre vie

Pourquoi ils sont importants pour vous? Est-ce que vous aimeriez y retourner pour y habiter? En *pèlerinage*? Les gens sont comment dans ces lieux? Ils vous ressemblent?

17. *Comparaison des milieux (ajuster les questions selon les réponses précédentes)*

Si rural : quels sont les différences les plus importantes entre votre lieu de résidence et une grande ville?

Si urbain : quels sont les différences les plus importantes entre votre lieu de résidence et la campagne?

Si banlieue : quels sont les différences les plus importantes entre votre lieu de résidence et la ville ou la campagne?

18. *Définition des concepts clés de cette section*

C'est quoi pour vous l'attachement au lieu? L'appartenance territoriale? Être enraciné quelque part?

Se sentir attaché à un lieu, trouvez-vous ça positif comme expression?

Qu'est-ce que vous pensez de l'appartenance territoriale par rapport au don de sang?

***Les amener à nous donner leur définition de ces concepts...*

19. *Questions démographiques*

- Âge, sexe
- Occupation
- Plus haut diplôme reçu
- Situation familiale incluant les enfants

Est-ce que vous voudriez ajouter autre chose?

Avez-vous des questions sur le déroulement de la recherche?

Merci beaucoup de votre temps!

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de santé publique du Canada. 2002. *Santé des populations*. En ligne: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/index-fra.php>
- Agnew, J.A. 1987. *Place and politics: the geographical mediation of state and society*. Boston and London: Allen and Unwin.
- Ajzen, I. 1991. «The theory of planned behavior». *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, p. 179-211.
- Ajzen, I. et M. Fishbein. 1980. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice-Hall.
- Alessandrini, M. 2007a. «Building social capital through blood donation: the social futures project». *Science Series*, vol. 2, p. 46-52.
- Alessandrini, M. 2007b. «Community Volunteerism and Blood Donation: Altruism as a lifestyle choice». *Transfusion medicine reviews*, vol. 21, no 4, p. 307-316.
- Amponsah-Afuwape, S.A., L.B. Myers et S.P. Newman. 2002. «Cognitive predictors of ethnic minorities' blood donation intention». *Psychology Health and Medicine*, vol. 7, no 3, p. 357-361.
- Apparicio, P., J. Charbonneau et G. Dussault. 2009. *La géographie du don de sang au Québec: une analyse exploratoire*. Montréal: INRS-UCS.
- Bairoch, P. 1985. «L'urbanisation et le développement économique dans les mondes touchés par la révolution industrielle». Dans *Villes et civilisation urbaine, XVIIIe-XXe siècle*, sous la dir. de M. Roncayolo et T. Paquot, p. 395-408. Paris: Larousse.
- Bandura, A. 1977. «Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change». *Psychological Review*, vol. 84, p. 191-215.
- Berghmans, L. 2009. «Inégalité sociales de santé, une histoire ancienne d'actualité». *Éducation santé*, vol. 245, no Mai, p. 3-4.
- Bronfenbrenner, U. 1986. «Ecology of the family as a context for human development». *Development Psychological*, vol. 22, no 6, p. 723-742.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

- Burgess, E.W. 1925. «La croissance de la ville. Introduction à un projet de recherche». Dans *L'École de Chicago*, Du champs urbain, sous la dir. de Y. Grafmeyer et I. Joseph, p. 131-147. Paris
- Buttall, F.H., O.B. Martinson et E.A. Wilkening. 1979. «Size of place and community attachment: a reconsideration». *Social indicators research*, vol. 6, p. 475-485.
- Canter, D. 1977. *The psychology of place*. London: Architectural Press.
- Carrus, G., M. Bonaiuto et M. Bonnes. 2005. «Environmental concern, regional identity, and support for protected areas in Italy». *Environment & Behavior*, vol. 37, p. 237-257.
- Chaix, B. et P. Chauvin. 2002. «L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale: une revue de la littérature». *Revue d'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 50, p. 489-499.
- Charte d'Ottawa. 1986. *Une conférence internationale pour la promotion de la santé*. Ottawa.
- Cloutier, M.-S., P. Apparicio et J. Charbonneau. 2011. «La géographie du don de sang au Québec: quelles variations régionales?». *Cahiers de géographie du Québec*, vol. 55, no 156, p. 257-299.
- Cloutier, M.-S., P. Apparicio, J. Dubé, J. Charbonneau et G. Delage. 2012. «Regional variation in the modeling of donation frequency: the case of Héma-Québec, Canada». *Transfusion*.
- Dahlgren, G. et M. Whitehead. 1991. «Policies and strategies to promote social equity in health». *Institute for futures studies*.
- du Plessis, V., R. Beshiri, R.D. Bollman, Statistique Canada et Heather Clemenson et Secrétariat Rural Agriculture et Agroalimentaire Canada. 2001. *Définitions de «rural»*. Coll. «Bulletin d'analyse - Régions rurales et petites villes du Canada», no 3.
- Duncan, C., K. Jones et G. Moon. 1998. «Context, composition and heterogeneity: using multilevel models in health research». *Social Science and Medicine*, vol. 46, no 1, p. 97-117.
- Durkheim, E. 1964. *The Division of Labor in Society*. New York: Free Press.
- Ecob, R. et S. Macintyre. 2000. «Small area variations in health related behaviours; do these depend on the behaviour itself, its measurement, or on personal characteristics?». *Health and Place*, vol. 6, p. 261-274.
- Ellen, I.G., T. Mijanovich et K.-N. Dillman. 2001. «Neighborhood effects on health: exploring the links and assessinh the evidence». *Journal of Urban Affairs*, vol. 23, no 3-4, p. 391-408.

- Encyclopedia of Public Health. 2002. *Behavior, Health-Related*. eNotes.com. En ligne: <http://www.enotes.com/behavior-health-related-reference/>. Consultation le 6 aug, 2012.
- Félonneau, M.-L. 2004. «Love and loathing of the city: urbanophilia and urbanophobia, typological identity and perceived incivilities». *Journal of environmental psychology*, vol. 24, p. 43-52.
- Ferguson, E. 1996. «Predictors of future behaviour: A review of the psychological literature on blood donation». *British Journal of Health Psychology*, vol. 1, p. 287-308.
- Ferguson, E.C., Susie. 2005. «A stage model of blood donor behaviour: assessing volunteer behaviour». *Journal of Health Psychology*, vol. 10, p. 359-372.
- Fernandez-Montoya, A. 1997. «Altruism and payment in blood donation». *Transfus. Sci.*, vol. 18, no 3, p. 379-386.
- Fleuret, S. et J.-P. Thouez. 2007. *Géographie de la santé*. Coll. «Anthropos»: Economica, 302 p.
- Fortin, A., C. Després et G. Vachon. 2011. *La banlieue s'étale*. Québec: Éditions Nota bene, 412 p.
- France, J.L., C.R. France et L.K. Hoimawan. 2007. «A path analysis of intention to redonate among experienced blood donors: an extension of the theory of planned behavior». *Transfusion*, vol. 47, no June 2007, p. 1006-1013.
- Gagné, C. et G. Godin. 2000. «The theory of planned behavior: some measurement issues concerning belief-based variables». *Journal of applied social psychology*, vol. 30, no 10, p. 2173-2193.
- Gans, H.J. 1969. *The Levittowners: Ways of life and politics in a new suburban community*. New York: Vintage books.
- Gauvin, L. et C. Dassa. 2008. «L'analyse multiniveaux: Une méthode prometteuse». Dans *Les inégalités de santé au Québec*, sous la dir. de M.D.K. Katherine Frohlich, Andrée Demers et Paul Bertrand. Canada: Les Presses de l'université de Montréal.
- Giles, M. et E. Cairns. 1995. «Blood donation and Ajzen's theory of planned behaviour: An examination of perceived behavioural control». *British Journal of Social Psychology*, vol. 34, no 2, p. 173-188.
- Giles, M., C. McClenahan, E. Cairns et J. Mallet. 2004. «An application of the theory of planned behaviour to blood donation: the importance of self-efficacy». *Health Education Research*, vol. 19, no 4, p. 380-391.

- Gillespie, T.W. et C.D. Hillyer. 2002. «Blood donors and factors impacting the blood donation decision». *Transfusion medicine reviews*, vol. 16, no 2, p. 115-130.
- Glynn, S.A., S.H. Kleinman, G.B. Schreiber, T. Zuck, S. Mc Combs, J. Bethel, G. Garratty et A.E. Williams. 2002. «Motivation to donate blood: demographic comparaison». *Transfusion*, vol. 42, no 2, p. 216-225.
- Gochman, D.S. 1997. *Handbook of Health Behavior Research*. New York.
- Godin, G., M. Conner, P. Sheeran, A. Bélanger-Gravel et M. Germain. 2007. «Determinants of repeated blood donation among new and experienced blood donors». *Transfusion*, vol. 47, p. 1607-1615.
- Godin, G., P. Sheeran, M. Conner, M. Germain, D. Blondeau, C. Gagné, D. Beaulieu et H. Naccache. 2005. «Factors explaining the intention to give blood among the general population». *Vox Sanguinis*, vol. 89, p. 140-149.
- Godin, G., L.-A. Vézina-Im et A. Bélanger-Gravel. 2012. «Les théories de prédiction et du changement». Dans *Les comportements dans le domaine de la santé*, sous la dir. de G. Godin, p. 328: Les presses de l'Université de Montréal.
- Greinacher, A., K. Frendrich, R. Brzenska, V. Kiefel et W. Hoffmann. 2011. «Implication of demographics on future blood supply: a population-based cross-sectionnal study». *Transfusion*, vol. 51, no Avril 2011, p. 702-709.
- Greinacher, A., K. Frendrich et W. Hoffmann. 2010. «Demographic changes: the impact for safe blood supply». *ISBT Science Series*, vol. 5, p. 239-243.
- Grief, M.J. 2009. «Neighborhood attachment in the multiethnic metropolis». *City & Community*, vol. 8, p. 27-45.
- Gustafson, P. 2001. «Meanings of place: everyday experience and theoretical conceptualizations». *Journal of environmental psychology*, vol. 21, p. 5-16.
- Healy, K. 2000. «Embedded altruism: blood collection regimes and the European Union's donor population». *American Journal of Sociology*, vol. 105, no 6, p. 1633-1657.
- Héma-Québec (2010a). Tout sur le sang En ligne: <http://www.hema-quebec.qc.ca/comprendre/don-de-sang/tout-sur-le-sang1/index.fr.html>.
- Héma-Québec (2010b). Variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ) En ligne: <http://www.hema-quebec.qc.ca/donner/don-de-sang/qui-peut-donner-du-sang/creutzfeldt-jakob.fr.html?mode=preview>.

- Hidalgo, C. et B. Hernandez. 2001. «Place attachment: conceptual and empirical questions». *Journal of environmental psychology*, vol. 21, p. 273-281.
- Hillier, H.H. 2005. «Introduction: Urbanization and the city». Dans *Urban Canada: Sociological perspectives*, sous la dir. de H.H. Hillier, p. 350. Canada: Oxford University Press.
- Hummon, D.M. 1986. «City mouse, country mouse: the persistence of community identity». *Qualitative sociology*, vol. 9, no 1, p. 3-25.
- Hupfer, M.E. 2006. «Helping me, helping you: self-referencing and gender roles in donor advertising». *Transfusion*, vol. 46, p. 996-1005.
- Hupfer, M.E., D.W. Taylor et J.A. Letwin. 2005. «Understanding Canadian student motivations and beliefs about giving blood». *Transfusion*, vol. 45, p. 149-161.
- Jacobs, J. 1961. «La rue et les contacts humains». Dans *Déclin et survie des grandes villes américaines*, sous la dir. de J. Jacobs, p. 65-82. Liège: Pierre Mardaga.
- Jorgensen, B.S. et R.C. Stedman. 2001. «Sense of place as an attitude: Lakeshore owners attitudes toward their properties». *Journal of environmental psychology*, vol. 21, p. 233-248.
- Kaltenborn, B.P. 1998. «Effects of sense of place on responses to environmental impacts». *Applied Geography*, vol. 18, no 2, p. 169-189.
- Kasarda, J.D. et M. Janowitz. 1974. «Community attachment in mass society». *American Sociological Review*, vol. 39, p. 328-339.
- Kimbro, R., J. Brooks-Gunn et S. McLanahan. 2011. «Young children in urban areas: links among neighborhood characteristics, weight status, outdoor play, and television watching». *Social science and medicine*, vol. 72, p. 668-676.
- Knox, P.L. et L. McCarthy. 2005. «Urbanization, urban life and urban spaces». Dans *Urbanization, Second*, sous la dir. de J. Challice. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Korpela, K.M. 1989. «Place-identity as a product of environmental self-regulation». *Journal of environmental psychology*, vol. 9, p. 241-256.
- Lee, L., J.-A. Piliavin et V. Call. 1999. «Giving time, money and blood: similarities and differences». *Social psychology quarterly*, vol. 62, no 3, p. 276-290.
- Leigh, A. 2006. «Trust, inequality and ethnic heterogeneity». *The Economic Record*, vol. 82, p. 268-290.

- Lemmens, K.P.H., C. Abraham, T. Hoekstra, R.A.C. Ruiter, W.L.A.M. De Kort, J. Brug et H.P. Schaalma. 2005. «Why don't young people volunteer to give blood? An investigation of the correlates of donation intentions among young nondonors». *Transfusion*, vol. 45, p. 945-955.
- Lévy, J. et M. Lussault. 2003a. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Belin, 1034 p.
- Lévy, J. et M. Lussault (2003b). Rural. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Belin: 1034 p
- Lewicka, M. 2011. «Place attachment: how far have we come in the last 40 years?». *Journal of environmental psychology*, vol. 31, p. 207-230.
- Lewicka, M. 2010. «What makes neighborhood different from home and city? Effects of place scale on place attachment». *Journal of environmental psychology*, vol. 30, p. 35-51.
- Lewicka, M. 2005. «Ways to make people active: Role of place attachment, cultural capital and neighborhood». *Journal of environmental psychology*, vol. 4, p. 381-395.
- Lindstrom, M., M. Moghaddassi et J. Merlo. 2004. «Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmo, Sweden». *Preventive Medicine*, vol. 39, p. 135-141.
- London, P. et H. BM. 1965. «The motivation of blood donors». *Transfusion*, vol. 5, p. 559-569.
- Low, S.M. et I. Altman. 1992. «Place attachment: a conceptual inquiry». Dans *Place Attachment*, sous la dir. de I. Altman et S.M. Low, p. 314, no 12. New York and London: Plenum Press.
- Macintyre, S., A. Ellaway et S. Cummins. 2002. «Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?». *Social Science and Medicine*, vol. 55, p. 125-139.
- Manzo, L.C. 2005. «For better or worse: exploring multiple dimensions of place meaning». *Journal of environmental psychology*, vol. 25, p. 67-86.
- Masser, B.M., T.C. Bednall, K.M. White et D. Terry. 2012. «Predicting the retention of first-time donors using an extended Theory of Planned Behavior». *Transfusion*, vol. 52, p. 1303-1310.
- Masser, B.M., K.M. White, M.K. Hyde et D.J. Terry. 2008. «The psychology of blood donation: current research and future directions». *Transfusion medicine reviews*, vol. 22, no 3, p. 215-233.

- Masser, B.M., K.M. White, M.K. Hyde, D.J. Terry et N.G. Robinson. 2009. «Predicting blood donation intentions and behavior among Australian blood donors: testing an extended theory of planned behavior model». *Transfusion*, vol. 49, p. 320-329.
- Matarazzo, J.D. 1984. *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: Wiley.
- McNeill, L.H., M.W. Kreuter et S.V. Subramanian. 2006. «Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence». *Social science and medicine*, vol. 63, p. 1011-1022.
- Meyers, D.G., D. Strickland, P.A. Maloley, J.J. Seburg, J.E. Wilson et B.F. McManus. 1997. «Possible association of a reduction in cardiovascular events with blood donation». *Heart*, vol. 78, p. 188-193.
- Misje, A.H., V. Bosnes et H.E. Heier. 2010. «Gender differences in presentation rates, deferrals and return behaviour among Norwegian blood donors». *Vox Sanguinis*, vol. 98, p. e241-e248.
- Misje, A.H., V. Bosnes et H.E. Heier. 2008. «Recruiting and retaining young people as voluntary blood donors». *Vox Sanguinis*, vol. 94, p. 119-124.
- Mumford, L. 1964. «Le mythe de la mégalopole». Dans *Villes et civilisation urbaine, XVIIIe-XXe siècle*, sous la dir. de M. Roncayolo et T. Paquot, p. 592-606. Paris: Larousse.
- Nguyen, D., D. DeVita, N. Hirschler et E. Murphy. 2008. «Blood donor satisfaction and intention of future donation».
- Organisation Mondiale de la Santé (dir.). 1946. *Conférence internationale sur la Santé* (New York, 19-22 juin).
- Oropesa, R.S. 1992. «Social structure, social solidarity and involvement in neighborhood improvement associations». *Sociological Inquiry*, vol. 62, p. 107-118.
- Paillé, P. et A. Mucchielli. 2008. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2e édition. Paris: Armand Colin.
- Parkes, A. et A. Kearns. 2006. «The multi-dimensional neighbourhood and health: a cross-sectional analysis of the Scottish Household survey, 2001». *Health and Place*, vol. 12, p. 1-18.
- Perkins, D.D. et D.A. Long. 2002. «Neighborhood sense of community and social capital: A multilevel analysis». Dans *Psychological sense of community. Research, applications and implications*, sous la dir. de A.T. Fisher, C.C. Soon et B.J. Bishop. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Piliavin, J.-A. et P. Callero. 1991. «Who are the donors and why do they give?». Dans *Giving Blood: the development of an altruistic identity*, sous la dir. de T.J.H.U. Press, p. 313. Baltimore and London
- Pinker, R. 2006. «From gift relationships to quasi-markets: an odyssey along the policy paths of altruism and egoism». *Social Policy & Administration*, vol. 40, no 1, p. 10-25.
- Pouliou, T. et S.J. Elliott. 2009. «Individual and socio-environmental determinants of overweight and obesity in urban Canada». *Health and Place*, no 16, p. 389-398.
- Prochaska, J.O. et C.C. DiClemente. 1982. «Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change». *Psychotherapy: Theory, Research and Practise*, vol. 19, p. 276-288.
- Prochaska, J.O., Redding et Evers. 2008. «Transtheoretical Model». Dans *Health Behaviour and health education*, sous la dir. de K. Glanz, B.K. Rimer et K. Viswanath: Jossey-Bass, 4th edition.
- Proshansky, H.M. 1978. «The city and self-identity». *Environment & Behavior*, vol. 10, p. 147-169.
- Raymond, C.M., G. Brown et D. Weber. 2010. «The measurement of place attachment: Personal, community, and environmental connections». *Journal of environmental psychology*, vol. 30, p. 422-434.
- Relph, E. 1981. *Rational landscapes and humanistic geography*. London: Rowman & Littlefield Publishers.
- Relph, E. 1976. *Place and Placelessness*. Londres: Pion.
- Richard, L., L. Gauvin et K. Raine. 2011. «Ecological models revisited: their uses and evolution in health promotion over two decades». *Annual review of public health*, vol. 32, p. 307-326.
- Rioux, C., D. Gute, D. Brugge, S. Peterson et B. Parmenter. 2010. «Characterizing urban traffic exposures using transportation planning tools: an illustrated methodology for health researchers». *Journal of urban health*, vol. 87, no 2, p. 167-188.
- Robinson, N.G., B.M. Masser, K.M. White, M.K. Hyde et D.J. Terry. 2008. «Predicting intentions to donate blood among non-donors in Australia: an extended theory of planned behavior». *Transfusion*, vol. 48, p. 2559-2567.
- Saberton, P., A. Paez, K. Newbold et H. NM. 2009. «Geographical variations in the correlates of blood donor turnout rates: an investigation of Canadian metropolitan areas». *International Journal of Health Geographics*, vol. 8, no 56.

- Sallis, J.F., N. Owen et E.B. Fisher. 2008. «Ecological models of health behavior». Dans *Health Behavior and health education*, sous la dir. de K. Glanz, B.K. Rimer et K. Viswanath, p. 592: Jossey-Bass, 4th edition.
- Scannell, L. et R. Gifford. 2010a. «Defining place attachment: A tripartite organizing framework». *Journal of environmental psychology*, vol. 30, p. 1-10.
- Scannell, L. et R. Gifford. 2010b. «The relations between natural and civis place attachment and pro-environmental behavior». *Journal of environmental psychology*, vol. 30, p. 289-297.
- Sennett, R. 1970. *The uses of disorder: personal identity and city life*. New York: W.W. Norton.
- Simon, T.L. 2003. «Where have all the donors gone? A personal reflection on the crisis in America's volunteer blood program». *Transfusion*, vol. 43, p. 273-279.
- Smith, A., R. Matthews et J. Fiddler. 2011. «Blood donation and community: exploring the influence of social capital». *International Journal of Social Inquiry*, vol. 4, no 1, p. 45-63.
- Smith, P.J. 2000. «Suburbs». Dans *Canadian Cities in Transition: the twenty-first century*, second, sous la dir. de T.B.a.P. Filion: Oxford University Press Canada.
- Statistique Canada. 2011. *De régions urbaines à centres de population*. En ligne: <http://www.statcan.gc.ca/subjects-sujets/standard-norme/sgc-cqt/urban-urbain-fra.htm>.
- Stokols, D. et S.A. Shaumaker. 1981. «People in places: a transactional view of settings». Dans *Cognition, social behavior, and the environment*, sous la dir. de J. Harvey, p. 441-488. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stolle, D., S. Soroka et R. Johnston. 2008. «When does diversity erode trust? Neighborhood diversity interpersonal trust and the mediating effect of social interaction». *Political Studies*, vol. 56, p. 57-75.
- Theodori, G.L. et A.E. Luloff. 2000. «Urbanization and community attachment in rural areas». *Society & Natural Resources*, vol. 13, p. 399-420.
- Titmuss, R. 1971. *The gift relationship: from human blood to social policy*. New York: Vintage.
- Tönnies, F. 1963. *Community and Society*. New York: Harper and Row.
- Trentelman, C.K. 2009. «Place attachment and community attachment: a primer grounded in the lived experience of a community sociologist». *Society & Natural Resources*, vol. 22, no 3, p. 191-210.

- Turcotte, M. 2011. *se rendre au travail: résultats de l'Enquête sociale générale de 2010*. Statistique Canada, 15 p.
- Twigger-Ross, C.L. et D.L. Uzzell. 1996. «Place and identity processes». *Journal of environmental psychology*, vol. 16, p. 205-220.
- Valentine, K. 2005. «Citizenship, Identity, Blood Donation». *Body & Society*, vol. 11, no 2, p. 113-128.
- Vaske, J.J. et K.C. Kobrin. 2001. «Place attachment and environmentally responsible behavior». *The Journal of Environmental Education*, vol. 31, no 4, p. 16-21.
- Walker, A. et A. Fortin. 2011. «La banlieue, le lieu idéal pour élever des enfants?». Dans *La banlieue s'étale*, sous la dir. de A. Fortin, C. Després et G. Vachon, p. 412. Québec: Éditions Nota bene.
- Wasserman, I.M. 1982. «Size of place in relation to community attachment and satisfaction with community services». *Social indicators research*, vol. 11, p. 421-436.
- Wirth, L. 1938. «Urbanism as a way of life». *The american journal of sociology*, vol. 44, no 1, p. 1-24.
- Wray-Lake, L., J.L. Maggs, L.D. Johnston, J.G. Bachman, P.M. O'Malley et J.E. Schulenberg. 2012. «Associations between community attachment and adolescent substance use in nationally representative samples». *Journal of adolescent health*, vol. 51, p. 325-331.
- Zheng, H., R. VCable, B. Spencer, N. Votto et S.D. Katz. 2005. «Iron stores and vascular function in voluntary blood donors». *Journal of american heart association*, vol. 25, p. 1577-1583.
- Zou, S., F. Musavi, E.P. Notari, J.A. Rios, J. Trouern-Trend et C.T. Fang. 2008. «Donor deferral and resulting donor loss at the American Red Cross Blood Services, 2001 through 2006». *Transfusion*, vol. 48, no December 2008, p. 2531-2539.
- Zukin, S. 2006. «David Harvey on cities». Dans *David Harvey: a critical reader*, sous la dir. de N. Castree et D. Gregory, p. 102-120: Blackwell.