

Un outil pour l'analyse de l'intervention en promotion de la santé : une application au programme de la Carélie du Nord

Lucie Lévesque

Université de Montréal

Lucie Richard

Université de Montréal

Jennifer Duplantie

Université de Montréal

Lise Gauvin

Université de Montréal

Margaret Cargo

Université de Montréal

Lise Renaud

Régie Régionale de la santé et des services sociaux — Montréal-Centre

Louise Potvin

Université de Montréal

Article
original

Résumé :

Une problématique d'actualité en promotion de la santé s'articule autour des pratiques professionnelles et stratégies d'intervention qui sont à privilégier par les intervenants. Dans l'optique de mieux comprendre la nature des interventions mises en œuvre en promotion de la santé, nous présentons une grille d'analyse pour décrire et évaluer les interventions en fonction de leur caractère écologique et nous illustrons l'utilité de la grille en l'appliquant à l'analyse des interventions du programme de la Carélie du Nord. L'analyse des interventions met en relief le caractère multicibles-multimilieux du programme de la Carélie du Nord, et donc son aspect écologique. Un retour sur les retombées de l'application de la grille d'analyse permet de dégager l'utilité de la grille pour cerner la dimension écologique des programmes de promotion de la santé, une tâche qui, jusqu'ici, avait échappé aux chercheurs et aux intervenants.

Mots clefs : Promotion de la santé, interventions, approche écologique, pratiques professionnelles.

Introduction

La promotion de la santé figure maintenant parmi les stratégies majeures du champ de la santé publique. Depuis son émergence, la promotion de la santé fait l'objet de plusieurs réflexions et travaux visant principalement la définition du concept et de ses différentes dimensions (Ancil & Martin, 1988; Green & Kreuter, 1999; MacDonald & Bunton, 1992; O'Neill & Cardinal, 1994; Stachenko & Jenicek, 1990; Rootman, Goodstadt, Potvin & Springett, sous presse). Parmi les débats ayant animé la naissance de ce nouveau champ, le choix des pratiques professionnelles et des stratégies d'intervention à privilégier par les planificateurs et les intervenants occupe une place importante. À ce sujet, il est généralement accepté que la promotion de la santé se distingue de l'éducation à la santé entre autres, par les stratégies plus globales auxquelles elle a recours pour susciter des changements collectifs dans les pratiques, les comportements, les styles de vie et les environnements. Sans exclure le recours à des stratégies plus traditionnelles propres à «l'éducation à la santé», la promotion de la santé amène les planificateurs et les intervenants à adopter des stratégies qui visent des cibles politiques, économiques et sociales. La valeur ajoutée de ces stratégies plus englobantes réside dans leur potentiel pour enclencher des processus de changement au niveau de la communauté, des organisations et des institutions, lesquels changements entraîneront à leur tour des conditions facilitant les actions individuelles et collectives pour la promotion de la santé.

Outre cette distinction très générale, peu d'écrits ont abordé l'analyse des pratiques professionnelles et des stratégies d'intervention en promotion de la santé, de sorte que la nature véritable des interventions mises en œuvre par les praticiens de ce nouveau champ demeure encore relativement inexplorée (Caplan, 1993; Clark & McLeroy, 1995; Steckler et al., 1995). Or, si comme le précisent en introduction les éditrices de ce dossier thématique, la transformation des pratiques est l'un des rôles-clés de la recherche en promotion de la santé (Potvin & Gauvin, 2000), il est impératif de procéder d'abord à une étude approfondie de ces pratiques et stratégies. Pour employer d'autres termes, ceux issus

de l'évaluation de programme notamment, il y a lieu de développer davantage l'analyse de l'intervention en promotion de la santé.

Cet article s'inscrit justement dans une perspective d'étude de l'intervention et vise l'analyse détaillée des interventions de promotion de la santé en fonction d'un des axes conceptuels majeurs de ce domaine, à savoir l'approche écologique. Plus spécifiquement, les objectifs sont de : 1) présenter un outil d'analyse qui permet la description et l'évaluation des interventions dans les programmes de promotion de la santé, en fonction de leur degré d'intégration de l'approche écologique; et 2) illustrer l'utilité de cet outil, en présentant les résultats de l'analyse des interventions mises en œuvre dans le programme de la Carélie du Nord, un programme communautaire de promotion en santé du cœur.

Afin d'atteindre ces objectifs, nous présentons brièvement le cadre conceptuel de l'approche écologique, pour ensuite décrire les paramètres de l'outil d'analyse qui en est dérivé. Cet outil, qui prend la forme d'une grille de codification d'un matériel narratif est subseqüemment utilisé pour analyser les interventions réalisées dans le programme de la Carélie du Nord. Finalement, au terme de cet exercice, nous dégageons quelques perspectives sur les pratiques professionnelles en promotion de la santé.

L'approche écologique en promotion de la santé : fondements et pertinence pour l'analyse des interventions

Fondements de l'approche écologique

L'approche écologique repose sur une vision élargie des déterminants de la santé dans laquelle les planificateurs et intervenants sont appelés à se préoccuper davantage des différentes facettes de l'environnement des personnes : réseaux sociaux, organisations, communautés et politiques publiques (Baum, 1993; McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988). Les programmes

de promotion de la santé s'appuyant sur cette approche sont des ensembles complexes d'interventions, ciblant à la fois des environnements et des individus dans un éventail de milieux, et se caractérisant par un transfert de ressources (Green, Richard & Potvin, 1996; Boutilier, Cleverly & Labonté, 2000).

Malgré la relative abondance de présentations théoriques (Green et al., 1996; Stokols, 1992), il existe peu de modèles qui tentent d'opérationnaliser les concepts qui sous-tendent l'approche écologique (McLeroy et al., 1988; Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic & Green, 1996; Simons-Morton, Simons-Morton, Parcel & Bunker, 1988). Nous nous attardons au modèle de Richard et al. (1996), car il représente une intégration et une élaboration des concepts proposés par d'autres auteurs et parce qu'il a servi de cadre au développement de notre outil d'analyse des interventions.

Richard et al. (1996) adoptent une perspective systémique, laquelle permet de conceptualiser les programmes de promotion de la santé comme des éléments de l'environnement des personnes. Dans cette perspective, le programme est assimilé à un processus de transformation sociale qui mobilise des ressources humaines, matérielles (inputs) et se traduit en activités d'intervention (c.-à-d., outputs de programme). Ce modèle comprend trois axes: le milieu d'intervention, la cible d'intervention et la stratégie d'intervention. Ces trois axes d'analyse permettent de caractériser les programmes en fonction des dimensions de l'approche écologique. Un programme devient d'autant plus écologique qu'il vise une variété de cibles dans un éventail de milieux, en mettant en œuvre une diversité de stratégies d'intervention.

Le premier axe du modèle de Richard et al. (1996), soit le milieu d'intervention, est provient des écrits de Simons-Morton et al. (1988; 1989). Ces auteurs proposent une typologie des interventions de promotion de la santé comprenant deux dimensions: les cibles de l'intervention (c.-à-d., les individus, les organisations, les gouvernements) et les milieux d'intervention (c.-à-d., l'école, le milieu de travail, les organisations de santé et la communauté). Ce modèle met en relief l'importance de distinguer les concepts

de milieu et de cible d'intervention. Par contre, le caractère spécifique des milieux proposés dans ce modèle confère à ce dernier un caractère plutôt limitatif. Afin d'élargir la notion de milieu pour englober tous les milieux où s'implantent des interventions en promotion de la santé, Richard et al. (1996) se réfèrent à la théorie des systèmes, laquelle postule une organisation hiérarchique des systèmes vivants (Miller, 1978; Miller & Miller, 1992). Dans leur formulation, Richard et al. (1996) conservent les quatre systèmes les plus englobants qui définissent des systèmes sociaux: un système organisationnel est un regroupement de personnes dont le processus décisionnel opère selon une hiérarchie formelle et poursuit des objectifs spécifiques (écoles, commerces, industries, organisations de santé), un système communautaire est un espace géographique restreint composé de personnes et d'organisations (quartiers, villes, villages), un système sociétal représente un plus grand système qui possède les moyens de contrôler plusieurs aspects de la vie et du développement des sous-systèmes qui le constituent (provinces, états, pays), et un système supranational associe deux ou plusieurs sociétés (Organisation des Nations-Unies, Communauté économique européenne). Ces systèmes constituent autant de milieux pertinents pour l'intervention.

Le deuxième axe du modèle de Richard et al. (1996), soit la cible d'intervention, s'inspire du modèle écologique de McLeroy et al. (1988). Ces auteurs postulent que les comportements de santé sont influencés par des facteurs intrapersonnels, interpersonnels, institutionnels, communautaires et politiques. Reprenant ces concepts, Richard et al. (1996) identifient cinq types de cibles visées par les programmes de promotion de la santé (PPS): les individus dont on veut promouvoir la santé (IND), les personnes ou petits groupes composant les réseaux sociaux de ces individus (INT), les organisations pertinentes pour ces individus (ORG), les communautés auxquelles appartiennent ces individus (COM) et les systèmes politiques qui influencent leur vie (POL).

Le troisième axe d'analyse du modèle de Richard et al. (1996), soit la stratégie d'intervention, se rapporte à la configuration des cibles. Une stratégie d'intervention décrit les transactions

du programme avec les différents systèmes dans son environnement, transactions ayant pour but de produire un impact sur la santé des individus (c.-à-d., les IND, la cible ultime du programme). Il existe deux types de transactions. Un premier type vise une transformation des cibles par un transfert direct de ressources (connaissances, habiletés, ressources financières). Par exemple, lorsqu'une intervention consiste à modifier les caractéristiques personnelles d'un individu (par exemple, les connaissances ou les attitudes) à l'égard d'un comportement relié à la santé, elle vise une transformation directe. Les cours d'éducation à la santé voulant inciter les adultes à arrêter de fumer offrent un bel exemple d'une telle stratégie. Un second exemple met en scène des intervenants effectuant du lobbying auprès des élus afin que soient concédés des avantages économiques aux employeurs offrant des programmes d'activité physique à leurs employés. Dans cet exemple, deux cibles intermédiaires (cible politique et cible organisation) sont touchées avant que soit rejointe la cible ultime (employé).

Le second type de transaction vise la création d'un réseau entre au moins deux cibles. Un réseau est créé lorsque des individus, des petits groupes, des organisations, des acteurs politiques ou des communautés, sans historique de liens, s'unissent dans une relation de réciprocité, pour travailler à un but commun. Un groupe d'entraide réunissant des personnes, ayant subi un infarctus du myocarde, qui partagent des moyens de composer avec leur prescription d'exercice, constituent un exemple de réseau. Ces réseaux peuvent inclure les personnes elles-mêmes ou d'autres cibles dans l'environnement de ces personnes (par exemple, les conjoint(e)s des personnes ayant subi un infarctus).

Les cinq cibles et les deux types de transactions peuvent être agencées selon de multiples combinaisons pour atteindre des objectifs santé auprès de la cible ultime (c.-à-d., IND). Une configuration particulière de cibles et de types de transactions forme une stratégie d'intervention. Pour illustrer les divers agencements, Richard et al. (1996) proposent un système de représentation

Tableau 1: Cibles, stratégies d'intervention et exemples d'interventions et d'activités d'intervention dans le programme de la Carélie du Nord

Cible d'intervention	Stratégie d'intervention	Exemples d'interventions	Exemples d'activités d'intervention*
IND	PPS → IND	Éducation à la santé auprès de jeunes Éducation à la santé pour la population en général	système de surveillance, périodiques relatifs au projet, rencontres, conférences séries de diapositives, conférences, dépliant, papier tenture, affiches, collants et insignes pour les voitures
	PPS → [IND—IND]**	Groupe d'entraide pour arrêter de fumer	techniques pour contrer les rechutes, série de télévision visionnée ensemble
INT	PPS → INT → IND	Implication des parents dans le programme pour les jeunes Formation de leaders parmi les pairs	le passeport santé, périodiques du projet, dépistage documents pour l'éducation à la santé, formation
	PPS → [INT—INT] → IND**	Groupes d'entraide pour les couples/ familles/ petits groupes/	sessions de discussion pour les épouses de patients cardiaques, rassemblement des familles pour un pique-nique « santé du cœur »
ORG	PPS → ORG → IND	Implication des enseignants dans le programme pour les jeunes Semaine « réduction de sel » dans les restaurants Formation des médecins	dépistage, session d'informations, formation, documents pour l'éducation à la santé, efforts pour réduire l'incidence du tabagisme napperons pour faire l'éducation à la santé, réduction du sel dans la préparation de nourriture, réserve de sel non-utilisé mise en démonstration livre guide, séminaire de formation, rétroaction, dépliant
	PPS → [ORG—ORG] → IND	Session de formation sur le « congé » en milieu hospitalier	formation, documents d'éducation à la santé
	COM	PPS → COM → IND	Formation des leaders dans la communauté
	PPS → [COM—COM] → IND	Compétitions	compétitions pour réduire les taux d'hypercholestérolémie, concours municipal pour réduire l'hypercholestérolémie
POL	PPS → POL → IND	Implication politique	loi pour contrôler le tabac, loi exigeant la vente de beurre mou
	PPS → [POL—POL] → IND**	Collaboration politique	collaboration entre le ministère de l'Éducation et le ministère du Commerce & de l'Industrie pour le développement de nouveaux produits alimentaires pour les enfants d'âge scolaire

* Tous les exemples d'activités d'interventions proviennent de la première flèche de la stratégie d'intervention.
** Les exemples annotés par un double astérisque sont fictifs puisque ce type de stratégie n'a pas été recensé dans le programme de la Carélie du Nord.

graphique. Afin d'alléger la présentation de la nomenclature complexe et pour systématiser l'application de notre outil, les stratégies d'intervention sont décrites à l'aide d'une série de flèches et d'abréviations désignant les cinq cibles potentielles pour le programme: 1) individus-IND, 2) interpersonnelles-INT, 3) organisationnelles-ORG, 4) communautaires-COM et 5) politiques-POL). Tel qu'indiqué au tableau 1, une transaction visant la transformation directe sera identifiée au moyen d'une flèche reliant le programme de promotion de la santé (PPS) et les cibles. Par exemple, les cours d'éducation à la santé mentionnés plus haut seront décrits ainsi: PPS → IND parce que la cible première de l'intervention, celle avec laquelle le programme transige, est formée des individus dont nous voulons modifier le comportement. Notre exemple impliquant le lobbying auprès d'élus sera décrit de la façon suivante: PPS → POL → ORG → IND. Dans ce type d'agencement, le programme ne transige pas directement avec les individus qui bénéficient de son action. Nous comptons sur un effet ricochet de la cible politique vers la cible organisationnelle pour ensuite toucher les individus. L'établissement d'un réseau sera illustré graphiquement en utilisant des crochets autour des cibles à mettre en réseau. Pour revenir à nos exemples, les groupes d'entraide réunissant des personnes ayant subi un infarctus du myocarde seront désignés comme PPS → [IND-IND], alors que les groupes d'entraide réunissant leurs conjoint(e)s seront désignés comme PPS → [INT-INT] → IND.

Pertinence pour l'analyse des interventions

L'approche écologique offre aux chercheurs et aux intervenants une grande polyvalence dans la conceptualisation des interventions en promotion de la santé ainsi que le montre son application dans différents domaines comme la prévention des traumatismes (Simons-Morton et al., 1989), la nutrition (Glanz & Mullis, 1988), l'activité physique (Sallis & Owen, 1997; Gauvin, Lévesque & Richard, sous presse) et les programmes de réduction du tabagisme (Altman & Jackson, 1998). Jusqu'à récemment, il n'existait, à notre connaissance, aucun outil méthodologique permettant l'examen du caractère écologique des interventions. Richard et al. (1996) ont

développé une première méthodologie d'évaluation visant précisément cet objectif.

En lien avec leur vision de l'approche écologique, Richard et al. (1996) proposent que la caractérisation de la dimension écologique d'un programme, donné puisse s'établir par le biais de l'identification et de la codification successive de trois éléments: le milieu d'intervention, la cible d'intervention et la stratégie d'intervention. Dans des essais préliminaires d'opérationnalisation, Richard et al. (1996) ont montré que leur méthodologie pouvait permettre la description et l'évaluation du caractère écologique de programmes, en procédant à la codification de descriptions détaillées de 55 programmes obtenues auprès d'intervenants en promotion de la santé. Lors de cet exercice initial, les auteurs ont aussi montré comment, une fois la codification de ces concepts complétée, il devient possible de se prononcer sur la présence d'une approche multicibles-multimilieus. Depuis cet effort initial, Richard et al. (1996) ont réalisé une seconde étude et ont appliqué la même grille de codification aux programmes de réduction du tabagisme implantés dans les directions de la santé publique des 10 provinces canadiennes (Richard, Potvin, Denis & Kishchuk, soumis). Ce second effort a permis de confirmer l'utilité d'une telle méthodologie pour caractériser la nature écologique des programmes.

Ainsi, le modèle de Richard et al. (1996) de même que les outils qui l'accompagnent semblent offrir un potentiel intéressant pour l'analyse d'interventions. Cependant, pour avantageuse qu'elle soit, la méthodologie proposée par ces auteurs est demeurée jusqu'ici relativement difficile d'application. Par exemple, le travail de recueil de descriptions détaillées de programmes par le biais d'entrevues, de même que la codification extensive des transcriptions de ces entrevues, devient vite laborieux en présence de programmes le moins sophistiqués. Par ailleurs, il est aussi à craindre que, dans plusieurs contextes, les concepteurs des programmes soient peu accessibles; il pourrait alors être difficile de recueillir des descriptions détaillées des programmes d'intérêt par le biais d'entrevues. Devant cette limite et comptant sur l'accessibilité aux descriptions écrites de ces programmes, nous

avons cherché à explorer la possibilité d'appliquer la méthodologie d'analyse et de codification à des descriptions d'interventions disponibles dans la documentation en promotion de la santé, dans des publications et des rapports, entre autres. Pour ce faire, nous nous livrons ici à un exercice d'adaptation de la méthodologie de codification et développons une grille d'analyse que nous appliquons aux programmes de promotion de la santé du cœur d'un programme bien connu et largement diffusé: le programme de la Carélie du Nord (Puska et al. 1981; Puska et al., 1985; Puska, Tuomilhehto, Nissinen, & Vartiainen, 1995). Nos objectifs sont de deux ordres. Dans un premier temps, nous tentons de vérifier dans quelle mesure la grille d'analyse s'applique à l'étude d'interventions rapportées dans les écrits se rapportant à ce programme. Dans l'affirmative, nous cherchons, dans un deuxième temps, à explorer si l'étendue et la diversité des interventions mises en œuvre dans le programme varient systématiquement en fonction des milieux d'intervention et des facteurs de risque visés.

Méthodologie de l'application au programme de la Carélie du Nord

Le programme de la Carélie du Nord: milieu et structure

La Carélie du Nord est une province finlandaise. En 1970, la Carélie du Nord présentait des taux de mortalité et de morbidité associés aux maladies cardiovasculaires précoces parmi les plus élevés dans le monde industrialisé (Puska et al. 1981). Mise au courant de cette réalité, la population de la Carélie du Nord demanda à ses élus d'intervenir. La collaboration entre des chercheurs de l'Université de Kuopio, les décideurs et la population a donné naissance au programme de la Carélie du Nord en 1972.

L'objectif principal du programme de la Carélie du Nord était d'améliorer la santé et le bien-être de la population, par une réduction de l'incidence de la maladie coronarienne ou de l'ischémie cardiaque d'une part et des maladies cérébrovasculaires, d'autre part. En plus d'une

action de prévention auprès des personnes ayant subi un infarctus du myocarde, le programme d'intervention orientait l'action sur trois facteurs de risque des maladies cardiovasculaires: le tabagisme, l'hypercholestérolémie et l'hypertension.

La collecte des données archivistiques

Nous avons répertorié la documentation disponible sur le programme de la Carélie du Nord, en effectuant des recherches dans les banques de références suivantes: Medline, CINAHL, Current Contents, Eric, Psychinfo, Sport Discus, Cochrane Database et Best Evidence, pour la période débutant à la date de parution de chaque banque, jusqu'en octobre 1999. Les mots-clés et noms d'auteurs suivants ont été utilisés: cœur, santé, programme, Carélie du Nord, projet, Finlande, intervention, communauté, P. Puska, J. Jacono, T.E. Kottke, A. Nissinen, J. T. Salonen et J. Tuomilehto. Les listes bibliographiques de chacun des articles ont été scrutées afin d'y repérer des publications non-indexées dans les banques de références. Seuls les documents publiés en anglais ou en français ont été retenus.

Les documents repérés ont été examinés afin d'identifier ceux qui incluaient des descriptions d'interventions. Ces descriptions devaient rapporter une ou des activités mise(s) en œuvre par le programme dans une perspective de promouvoir ou soutenir des attitudes, des normes ou des comportements bénéfiques pour la santé ou de modifier un facteur de risque auprès d'un groupe d'individus. Sur les 189 documents repérés, 133 contenaient au moins une description d'activités d'intervention, 43 documents n'ont pu être localisés et 13 ont été exclus en raison d'une absence de description d'intervention. Ces 133 documents ont été colligés et lus par au moins deux évaluateurs qui ont identifié 564 descriptions d'activités d'interventions dont 491 étaient complètes.

Après plusieurs rencontres de l'équipe de recherche et de nombreux essais de codification, une procédure en 10 étapes a été mise au point pour cerner les milieux d'intervention, les cibles d'intervention et les stratégies d'intervention. Trois évaluateurs ont extrait ces éléments. L'analyse des sources de divergences entre

les évaluateurs a mené à l'identification de balises pour la codification.

Analyses des données produites par la codification

Les données ont été traitées afin de documenter trois aspects du programme de la Carélie du Nord: (1) la structure du programme de la Carélie du Nord, (2) la diversité des stratégies d'intervention et (3) l'association entre les stratégies d'intervention, d'une part et les milieux d'intervention et les objectifs de promotion de la santé, d'autre part.

Compte tenu du nombre important d'activités mises en œuvre dans ce programme et de la complexité de leurs relations, nous avons d'abord procédé à un exercice de taxonomie afin de regrouper ces activités en un ensemble signifiant du point de vue de la structure du programme. En premier lieu, il s'est agi de repérer les actions réalisées dans chacune des descriptions recueillies. Une action est une série d'opérations réalisées dans le cadre du programme qui s'actualise dans une transaction entre une ou des ressources du programme et un ou des participants. L'action qualifie la nature de cette transaction. Chaque action a ensuite été codée en raisonnant à partir des catégories analytiques de milieu, cible et stratégie telles que définies précédemment. Une autre catégorie analytique, facteur de risque visé, a été rajoutée. En effet, dans le cadre du programme de la Carélie du Nord, un facteur de risque est un facteur reconnu dans l'étiologie des MCV et dont on veut modifier la prévalence. Nous avons utilisé cinq catégories: tabagisme, hypertension, hypercholestérolémie, prévention auprès des personnes ayant subi un infarctus et multi-risque lorsqu'une même activité touchait plusieurs facteurs à la fois et d'une manière intégrée.

Nous avons ensuite tenté de décrire la diversité des stratégies d'intervention et de reconstruire le répertoire des interventions réalisées dans le programme de la Carélie du Nord en fonction des cinq catégories analytiques composant la grille d'analyse, à savoir: l'action, le milieu, la cible, la stratégie et le facteur de risque visé. En nous appuyant sur les résultats d'analyse de la structure du programme, nous

avons élaboré des tableaux de fréquences des différentes stratégies d'interventions réalisées dans le programme de la Carélie du Nord.

Dans une étape subséquente, nous avons examiné la relation entre les stratégies d'intervention réalisées et les facteurs de risque visés par le programme, d'une part et, d'autre part, entre la stratégie et le milieu d'intervention (c.-à-d., organisationnel, communautaire, sociétal). Notre plan d'analyse tentait d'explorer la prépondérance de deux stratégies d'intervention particulières «PPS → IND» et «PPS → ORG → IND» dans certains milieux pour certains thèmes. Pour ce faire, des modèles de régressions hiérarchiques pour variables binaires (Bryk & Raudenbush, 1992; Goldstein et al., 1998) ont été utilisés. La présence ou l'absence d'une stratégie d'intervention particulière a ici été modélisée en fonction du milieu d'intervention (organisation, communautaire, sociétal, supranational) et du facteur de risque visé par l'intervention (tabagisme, hypertension, hypercholestérolémie, prévention auprès des personnes ayant subi un infarctus et multirisque).

Résultats de l'application de la grille d'analyse au programme de la Carélie du Nord

Une taxonomie du programme de la Carélie du Nord

Suite à une lecture attentive de l'ensemble des écrits sur le programme de la Carélie du Nord, nous avons déconstruit ce programme au moyen d'une taxonomie en cinq paliers (voir Figure 1). Au niveau le plus atomique, la documentation concernant le programme de Carélie du Nord décrit des activités qui représentent des actions réalisées. Rappelons qu'une activité est une action, c'est-à-dire qu'elle implique une transaction entre une ou des composantes du programme et des participants qui ne sont pas des ressources du programme. Une activité comporte une unité d'action, de milieu, de stratégie, de cible et

de facteur de risque. Par exemple, l'action d'offrir systématiquement une prise de tension artérielle aux consommateurs dans une épicerie, incluant le fait de leur donner une information pertinente sur la gestion de leur risque constitue une activité de dépistage. Analytiquement, il s'agirait d'une activité différente, si la même action d'offrir une prise de tension artérielle se déroulait dans un milieu de travail. Dans

différent; le milieu, la stratégie d'intervention, la population et le facteur de risque ciblés sont les mêmes. Une intervention scolaire de réduction de tabagisme par la création de groupes d'entraide comprend, par exemple, des activités de formation des leaders, de suivi des groupes et d'information pour l'ensemble des participants. Le regroupement des activités en interventions repose sur l'application rigoureuse des catégories

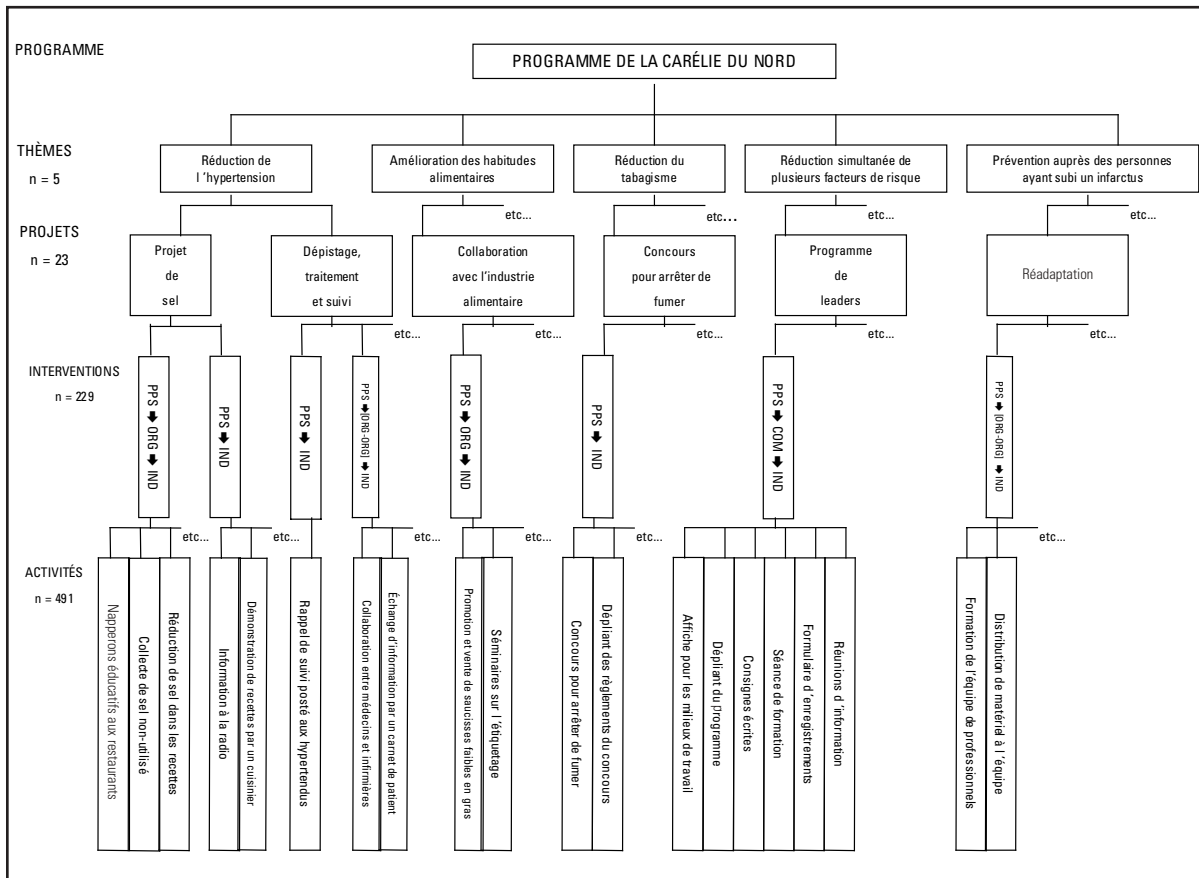


Figure 1 : La structure hiérarchique du programme de la Carélie du Nord.

l'ensemble de la documentation de la Carélie du Nord nous avons recensé 491 activités comprenant des descriptions complètes. À titre d'exemple, ces activités regroupaient des activités de formation de personnel, de dépistage, d'éducation à la santé, de développement de nouveaux produits alimentaires, d'implantation d'aires sans fumée, etc.

L'intervention constitue le second palier de la hiérarchie et se définit comme un regroupement d'activités dont seules les actions

analytiques relativement bien définies que sont le milieu, la cible, la stratégie et le facteur de risque. Ce niveau nous semble approprié pour constituer notre unité d'analyse en vue de l'examen du caractère écologique du programme de la Carélie du Nord.

Nous avons utilisé le vocable de projet pour désigner le troisième niveau de la hiérarchie. Un projet regroupe des interventions qui visent la modification d'un même facteur de risque,

soit à l'intérieur d'un même milieu, pour divers segments de la population ou pour un même segment de la population, dans divers milieux. Cette définition a été élaborée *a posteriori* en examinant les «projets» décrits dans la documentation du programme et en regroupant les interventions en ensembles thématiques tel que mentionné plus haut. Ainsi le «Berry and Vegetable Project» (Kuusipalo, Mikkola, Moisio, & Puska, 1986) voulait réduire de la consommation d'aliments riches en matières grasses par les habitants de la Carélie du Nord. Ce projet reposait sur un ensemble d'interventions visant à valoriser la production, la mise en marché et la consommation de petits fruits et légumes locaux, en substitution d'une production agricole laitière traditionnelle. Au total, nous avons reconstruit 23 projets différents dans le programme de la Carélie du Nord.

Un thème est composé de l'ensemble des projets concernant un même facteur de risque et constitue le quatrième palier de la hiérarchie. Le programme de la Carélie du Nord touche

5 thèmes, soit la prévention auprès des personnes ayant subi un infarctus (26 interventions dans 3 projets), la réduction de l'hypertension (28 interventions dans 2 projets), l'amélioration des habitudes alimentaires (63 interventions dans 7 projets), la réduction du tabagisme (62 interventions dans 5 projets) et la réduction simultanée de plusieurs facteurs de risque (50 interventions dans 6 projets). Enfin, nous réservons la notion de programme pour désigner le cinquième palier de la hiérarchie, à savoir l'ensemble des activités, interventions, et projets mis en œuvre, de même que l'ensemble des ressources mobilisées pour réduire la prévalence des facteurs de risque de MCV, dans la province de Carélie du Nord.

La diversité des stratégies d'intervention

Nous avons recensé 229 interventions différentes. Celles-ci se déroulaient principalement dans des milieux organisationnels (52,8%) mais aussi dans des milieux sociétaux (34,1%) et communautaires (13,1%). Tel qu'illustré au Tableau 2, les stratégies d'intervention étaient très variées. Vingt et une stratégies d'intervention

Tableau 2 : Fréquences des stratégies d'intervention en fonction du milieu

Stratégie	Milieu			Total
	Organisation	Communauté	Société	
PPS→ORG→IND	84	37	13	134
PPS→IND	4	15	6	25
PPS→ORG→ORG→IND	5	4		9
PPS→INT→IND	4	2	2	8
PPS→POL→ORG→ORG→IND	6	1		7
PPS→[ORG-ORG]→IND	4	1	1	6
PPS→COM→IND	1	5		6
PPS→COM→ORG→IND	2	3		5
PPS→POL→ORG→IND	2	1	2	5
PPS→ORG→COM→ORG→IND	4			4
PPS→ORG→COM→IND		2	1	3
PPS→ORG→INT→IND	1	1	1	3
PPS→POL→IND			3	3
PPS→[COM-COM]→IND		2		2
PPS→ORG→ORG→[ORG-ORG]→IND	2			2
PPS→ORG→ORG→[ORG-ORG]→INT→IND	2			2
PPS→[ORG-ORG]→INT→IND		1		1
PPS→[ORG-ORG]→ORG→IND		1		1
PPS→[ORG-POL]→IND			1	1
PPS→ORG→COM→[IND-IND]		1		1
PPS→POL→COM→IND		1		1
Total	121	78	30	229

différentes ont été utilisées dans le programme de la Carélie du Nord. La majorité de ces stratégies d'intervention réalisées visait le changement organisationnel (PPS→ORG→IND) ou tout d'abord le changement des individus (PPS→IND). Parmi les stratégies d'intervention les plus complexes (c.-à-d., avec plus d'une cible intermédiaire), la majorité des stratégies d'intervention visait premièrement le changement organisationnel comme moteur d'une séquence de changements (par exemple, PPS→ORG→INT→IND ou PPS→ORG→ORG→IND). À l'exception d'une seule stratégie, PPS→[COM-COM]→IND, toutes les autres stratégies de mise en réseau visaient des changements organisationnels (par exemple, PPS→[ORG-ORG]→IND ou PPS→[ORG-ORG]→INT→IND).

Les associations entre les stratégies d'intervention, les milieux et les facteurs de risques

Compte tenu de la prépondérance des stratégies d'intervention recherchant soit le changement organisationnel, soit le changement individuel, nous avons limité les analyses hiérarchiques à ces deux stratégies d'intervention. Tel que mentionné précédemment, nous avons examiné l'association entre l'utilisation de l'une ou l'autre des stratégies d'intervention, d'une part et le choix des milieux d'intervention et facteurs de risque visés, d'autre part. La banque de données était constituée des 229 interventions, imbriquées dans les 23 projets.

Les analyses hiérarchiques ont révélé que la probabilité de présence d'une stratégie concernant le changement chez les individus (PPS→IND) varie significativement d'un projet à l'autre. Notamment, l'utilisation de stratégies d'intervention visant le changement de l'individu est associée au milieu d'intervention mais non au facteur de risque ciblé: l'utilisation d'une stratégie PPS→IND en milieu organisationnel paraît plutôt

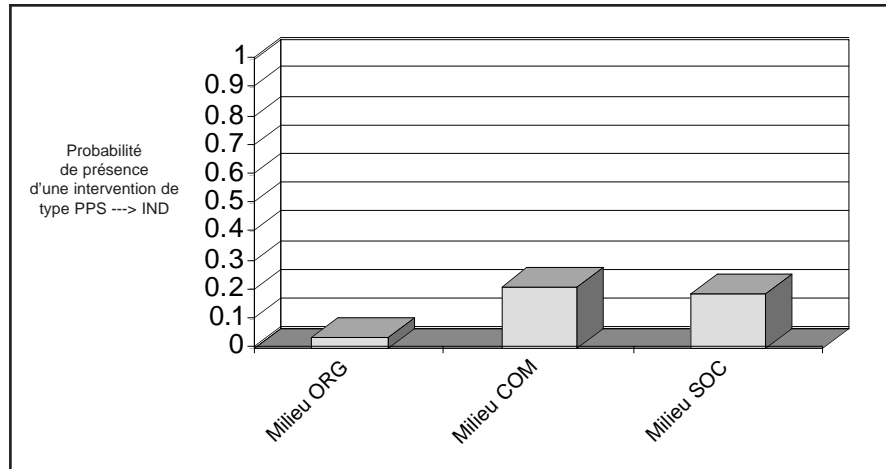


Figure 2: Probabilité de présence d'une intervention de type PPS -> IND en fonction du milieu d'intervention

rare avec un taux de 3,7% des interventions dans les projets); par contre, lorsque l'intervention se déroule dans un milieu communautaire ou sociétal, la probabilité d'utiliser une intervention de type PPS→IND devient significativement plus élevée pour atteindre 21,2% et 19,9% respectivement (voir Figure 2); ces proportions ne diffèrent pas significativement l'une de l'autre.

Par ailleurs, l'utilisation de stratégies d'intervention visant le changement organisationnel (PPS→ORG→IND) semble aussi varier en fonction du projet. Autrement dit, l'utilisation des stratégies d'intervention de type PPS→ORG→IND est significativement moins probable en milieu communautaire (probabilité de présence 53,8%) et sociétal (probabilité de présence de 47,8%) qu'en milieu organisationnel (probabilité de présence 75,4%). De plus, lorsque l'intervention vise la réduction du tabagisme, la stratégie PPS→ORG→IND est beaucoup moins probable que pour les quatre autres facteurs de risque combinés (46%, 24,4% et 20,3% des cas dans les milieux organisationnel, communautaire et sociétal respectivement, voir Figure 3). En somme, les analyses hiérarchiques démontrent que les pratiques professionnelles (c.-à-d., les stratégies d'intervention) diffèrent en fonction du milieu d'intervention et de la problématique de santé publique qui fait l'objet des activités.

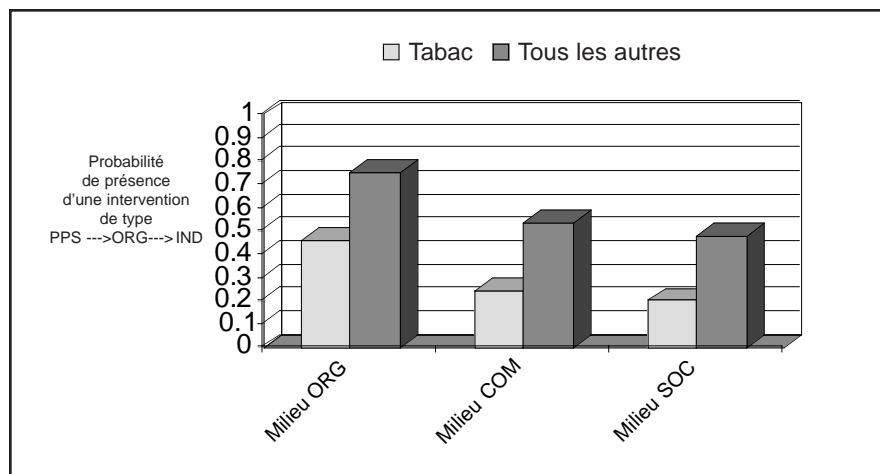


Figure 2: Probabilité de présence d'une intervention de type PPS ---> ORG ---> IND en fonction du milieu d'intervention

Perspectives émergent de l'application de la grille d'analyse au programme de la Carélie du Nord

Dans cette application, notre premier objectif était de vérifier l'utilité de la grille d'analyse proposée par Richard et al. (1996) pour décrire et évaluer le caractère écologique d'interventions telles que rapportées dans les écrits scientifiques. Un second objectif avait trait à l'exploration de la variation des stratégies en fonction des milieux d'intervention et des facteurs de risque visés. Les travaux montrent que la grille peut être appliquée avec succès à des données de nature archivistique. La disponibilité de cet outil pourra aider les chercheurs et intervenants à analyser la nature des interventions mises en œuvre dans les programmes, tels qu'ils sont décrits dans la documentation scientifique en promotion de la santé.

Les résultats actuels constituent une avancée intéressante du côté de la méthodologie d'évaluation de la dimension écologique des programmes de promotion de santé. En effet, alors que des travaux antérieurs (Richard et al. 1996; Richard et al., soumis) laissaient déjà soupçonné le potentiel d'une nouvelle grille d'analyse de cette dimension, la méthodologie développée demeurait encore difficile d'application, étant donné la nécessité de procéder à une

collecte de données souvent laborieuse afin d'obtenir les descriptions du (des) programme(s) à évaluer. Cette étude montre qu'il devient maintenant possible d'utiliser cette grille d'analyse en l'appliquant à des descriptions de programmes disponibles dans la littérature, particulièrement dans celle publiée. Le présent exercice s'est effectué sur le programme de la Carélie du Nord, un programme ayant fait l'objet

d'un nombre impressionnant de publications. D'autres programmes d'intérêt pourraient ne pas disposer d'une documentation aussi riche. D'ailleurs, au moins une autre auteure (Meek, 1993) s'est déjà livrée à un exercice d'évaluation très semblable au nôtre, en analysant les publications portant sur les programmes de promotion de la santé en milieu de travail. Une des limites soulevées au terme de son travail concernait le caractère partiel des descriptions fournies dans les articles. De nouveaux efforts de codification d'autres programmes pourraient permettre d'établir des critères liés à la qualité et la quantité du matériel archivistique alimentant la démarche analytique. De façon ultime, un tel agenda de recherche pourrait permettre d'établir les conditions d'application de la grille proposée. Dans la même foulée, il serait intéressant d'examiner jusqu'à quel point la documentation produite par les professionnels en marge de la démarche de programmation est suffisamment étoffée pour permettre l'utilisation d'outils analytiques du type de celui que nous proposons. En ce sens, des recherches futures sur ce type de données pourraient conduire à l'énoncé de recommandations pour les planificateurs et intervenants.

Perspectives sur les interventions et les pratiques professionnelles en promotion de la santé

La littérature en promotion de la santé et en santé publique paraît plutôt confuse en ce qui concerne les divers vocables employés pour

décrire et regrouper les actions de santé publique. Nous croyons que la grille d'analyse présentée dans cet article peut devenir utile pour créer une taxonomie pour les programmes de promotion de la santé; d'une part, parce qu'elle repose sur l'application de règles qui réfèrent à des catégories analytiques découlant d'une modélisation cohérente des programmes et, d'autre part, parce que sa nature hiérarchique permet d'appréhender les programmes, selon différents niveaux de complexité. Étant donné son degré élevé de complexité, nous avons dû utiliser cinq paliers pour décrire le programme de la Carélie du Nord. Nous croyons cependant que pour la majorité des programmes, trois ou quatre paliers devraient suffire.

L'activité constitue l'unité d'observation de base pour l'analyse des programmes. Elle représente l'unité de contact entre le programme et la population. La même activité peut certainement se répéter, comme dans le cas de séances d'information, ou comporter plusieurs épisodes, comme dans le cas d'un cours ou d'une série télévisée. Deux activités peuvent aussi avoir lieu simultanément dans le même milieu. Une activité se définit par son caractère unifié qui s'actualise en une action unique dans un milieu et une stratégie, pour une population et un facteur de risque spécifique. Parce qu'elle est la réalisation d'une stratégie dans un milieu, l'intervention nous semble aussi un regroupement important pour l'analyse, malgré son caractère plus arbitraire que celui de l'activité. Enfin, comme il est très rare qu'une intervention isolée mobilise des ressources attirées, un troisième palier de regroupement s'impose. La littérature emploie indifféremment les vocables « projet » et « programme » pour désigner ce niveau de complexité. Nous suggérons de réserver le terme programme pour désigner l'unité la plus englobante, comprenant à la fois l'ensemble des ressources, des activités et des objectifs mobilisés pour modifier une situation problématique (Potvin, Haddad, & Frohlich, sous presse). En conséquence, dans un programme relativement simple, trois paliers seront employés, à savoir : activités, interventions et programme. Dans un programme plus complexe, désignant ces regroupements d'interventions à l'aide de termes comme projet ou thème, les paliers utilisés seront plus nombreux.

En ce qui a trait au caractère écologique du programme de la Carélie du Nord, nos résultats appuient l'idée que les interventions visent plusieurs cibles et se déroulent dans plusieurs milieux. Ces résultats vont dans le sens de commentaires antérieurs quant au caractère global ou écologique du programme de la Carélie du Nord. En effet, s'intéressant aux grands essais communautaires en santé du cœur, plusieurs auteurs ont déjà observé que ce programme recelait un caractère nettement plus écologique que les programmes semblables développés aux États-Unis (Green et Richard, 1993).

Par ailleurs, nos données établissent que les stratégies d'intervention mises en œuvre au sein du programme de la Carélie du Nord varient en fonction du milieu d'intervention et du facteur de risque visé. Par exemple, la stratégie cherchant le changement organisationnel est employée plus fréquemment en milieu organisationnel qu'en milieux sociétal et communautaire. Elle est aussi moins utilisée dans les projets de réduction du tabagisme. De même, la stratégie visant le changement des individus est appliquée plus fréquemment en milieux sociétal et communautaire qu'en milieu organisationnel. Le facteur de risque visé n'est pas associé à l'utilisation de cette stratégie particulière. Compte tenu du peu d'informations disponibles sur les pratiques professionnelles en promotion de la santé, il s'avère très pertinent de vérifier la présence de telles associations au sein d'autres grands programmes de santé cardiovasculaire.

Répercussions sur la pratique

L'approche écologique inhérente à la pratique de la promotion de la santé repose sur une série de stratégies impliquant une variété de cibles, dans des milieux différents, ce qui rend son application souvent complexe (Green et al., 1996). Cette complexité pose un défi majeur aux planificateurs et intervenants appelés à développer des programmes s'appuyant sur cette approche de promotion de la santé (Green et al., 1996; Freudenberg et al., 1995). Comment, en effet, trouver l'assurance qu'un programme puisse répondre à ces exigences de complexité? Il s'avère, dès lors, essentiel que des outils d'analyse soient mis à la disposition des planificateurs et intervenants. Nous croyons que

la méthodologie suggérée dans la présente étude peut offrir un début de réponse à ce type de besoins.

Pour le gestionnaire responsable de plusieurs professionnels œuvrant en promotion de la santé, cet outil d'analyse offre une vision englobant l'ensemble des interventions incluses dans un programme. De façon concrète, la représentation du programme que fournit l'outil renseigne le gestionnaire et lui permet, par exemple, de vérifier dans quelle mesure les activités mises en œuvre réfèrent aux mêmes stratégies, visent toujours les mêmes cibles et les mêmes milieux. Cet outil pourrait ainsi révéler l'existence de milieux ou cibles trop ignorés par l'effort de programmation et, conséquemment, assurer de trouver des moyens de réorienter l'action. L'outil permet donc une lecture critique de l'effort de programmation et ce, quelle que soit l'étape du processus

de planification des programmes: de l'étude de besoins jusqu'à l'évaluation du programme.

En ce qui a concerne les professionnels, peu d'entre eux possèdent les habiletés ou disposent du temps requis pour la réalisation de toutes les interventions nécessaires afin qu'un programme soit écologique (Labonté, 1994). Nous pensons que notre grille d'analyse aiderait les professionnels à mieux comprendre la contribution des interventions dont ils sont responsables au sein de l'ensemble d'un programme et leur permettre ainsi de bien saisir qu'elles sont intimement liés à leurs efforts. Chaque professionnel de la santé sait alors comment s'articulent le milieu, la cible et la stratégie dont il est responsable, avec les actions des autres professionnels impliqués. L'implication professionnelle est d'autant plus grande que l'orientation est précise pour tous (Renaud, 1998).

Références

- Altman, D. G., & Jackson, C. (1998). Adolescent tobacco use and the social context. In S. A. Shumaker, E. B. Schron, J. K. Ockene, & W. L. McBee (Eds.), *The handbook of health behavior change* (2nd edition, pp. 305-329). New York: Springer Publishing Company.
- Ancil, H., & Martin, C. (1988). La promotion de la santé: une perspective, une pratique. *Santé Société, collection Promotion de la santé*, 1.
- Baum, F. E. (1993). Healthy cities and change: Social movement or bureaucratic tool? *Health Promotion International*, 8, : 31-40.
- Boutillier, M., Cleverly, S., & Labonte, R. (2000). Community as a setting for health promotion. In: B.D. Poland, L. W. Green, et I. Rootman (Eds.), *Settings for health promotion: Linking theory and practice*, (pp. 250-307). Thousand Oaks: Sage.
- Bryk, T. A., & Raudenbush, S. W. (1992). *Hierarchical linear models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Caplan, R. (1993). The importance of social theory for health promotion: From description to reflexivity. *Health Promotion International*, 8(2), 147-157.
- Clark, N. M. & McLeroy, K. R. (1995). Creating capacity through health education what we know and what we don't. *Health Education Quarterly*, 22(3), 273-289.
- Freudenberg, N., Eng, E., Flay, B., Parcel, G., Rogers, T., & Wallerstein, N. (1995). Strengthening individual and community capacity to prevent disease and promote health: In search of relevant theories and principles. *Health Education Quarterly*, 22(3), 290-306.
- Gauvin, L., Lévesque, L., & Richard, L. (sous presse) Helping people initiate and maintain a more active lifestyle: A public health framework for studies in exercise psychology. *Handbook of Research in Sport Psychology*, 2nd Ed.
- Glanz, K., & Mullis, R. M. (1988). Environmental interventions to promote healthy eating: A review of models, programs, and evidence. *Health Education Quarterly*, 15(4), 395-415.
- Goldstein, H., Rasbash, J., Plewis, I., Draper, D., Browne, W., Yang, M., Woodhouse, G., & Healy, M. (1998). *A user's guide to MLwiN*. London, UK: Multilevel Models Project, Institute of Education, University of London.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Green, L. W., & Richard, L. (1993). The need to combine health education and health promotion: The case of cardiovascular disease prevention. *Promotion and Education: International Journal of Health Promotion and Education* (Suppl. 1), 11-17.
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 270-281.
- Kuusipalo, J., Mikkola, M., Moisio, S., & Puska, P. (1986). The East-Finland Berry and Vegetable Project: A health-related structural intervention programme. *Health Promotion*, 1, 385-391.
- Labonté R. (1994). Health promotion and empowerment: Reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21(2), 253-268.
- MacDonald, G., & Bunton, R. (1992). Health promotion: Discipline or disciplines? In R. Bunton & G. MacDonald (Eds.), *Health promotion: Disciplines and diversity* (pp. 6-19). London: Routledge.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.
- Meek, J. (1993). An analysis of comprehensive health promotion programs' consistency with the systems model of health. *American Journal of Health Promotion*, 7(6), 443-451.
- Miller, J. (1978). *Living systems*. New York: McGraw-Hill.

Miller, J. L., & Miller, J. G. (1992). Greater than the sum of its parts: Subsystems which process both matter-energy and information. *Behavioral Scientist*, 37, 1-9.

O'Neill, M., & Cardinal, L. (1994). Health promotion in Québec: Did it ever catch on? In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Ed.), *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives* (pp. 262-283). Toronto: W.B. Saunders.

Potvin, L., & Gauvin, L. (2000). Recherche et transformation des pratiques professionnelles en promotion de la santé. Avant-propos. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7, 50-55.

Potvin, L., Haddad, S., & Frohlich, K.L. (sous presse). Beyond process and outcome evaluation: A comprehensive approach for evaluating health promotion programs. In: *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*.

Puska, P., Tuomilhehto, J., Nissinen, A., & Vartiainen, E. (1995). *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Helsinki: Helsinki University Printing House.

Puska, P., Tuomilhehto, J., Salonen, J., Nissinen, A., Virtamo, J., Björkqvist, S., Koskela, K., Neittaanmäki, L., Takalo, T., Kottke, T., Mäki, J., Sipilä, P., & Varvikko, P. (1981). *Community control of cardiovascular disease: The North Karelia Project*. Copenhagen: WHO/EURO.

Puska, P., Tuomilhehto, J., Nissinen, A., Vartiainen, J., Koskela, K., McAlister, A., Kottke T., Maccoby, N., & Farquhar, J. (1985). The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Annual Review of Public Health*, 6, 147-193.

Renaud L. (1998). Articuler plusieurs stratégies pour promouvoir la santé: l'expérience québécoise. In: Comité Français d'éducation pour la santé, (édit.), *Du bon usage de la communication en éducation pour la santé*, Paris France.

Richard, L., Potvin, L., Denis, J. L., & Kishchuk, N. (soumis). *Integration of the ecological approach in tobacco programs for youth: A survey of Canadian public health organizations*.

Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., & Green, L. W. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 318-328.

Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., & Springett, J. (sous presse). A framework for health promotion evaluation. In: I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: Organisation mondiale de la santé.

Sallis, J. F., & Owen, N. (1997). Ecological models. In: K. Glanz, F.M. Lewis, & B.K. Rimer (Ed.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (2nd ed., pp. 403-424). San Francisco: Jossey-Bass.

Simons-Morton, B. G., Brink, S. G., Simons-Morton, D. G., McIntyre, R., Chapman, M., Longoria, J., & Parcel, G. S. (1989). An ecological approach to the prevention of injuries due to drinking and driving. *Health Education Quarterly*, 16(3), 397-411.

Simons-Morton, D. G., Simons-Morton, B. G., Parcel, G. S., & Bunker, J. F. (1988). Influencing personal and environmental conditions for community health: A multilevel intervention model. *Family and Community Health*, 11, 25-35.

Stachenko, S., & Jenicek, M. (1990). Conceptual differences between prevention and health promotion: Research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 53-59.

Steckler, A., Allegrante, J. P., Altman, D., Brown, R., Burdine, J. N., Goodman, R. M., & Jorgensen, C. (1995). Health education intervention strategies: Recommendations for future research. *Health Education Quarterly*, 22(3), 307-328.

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22.

Abstract

In an effort to increase our understanding of the nature of health promotion interventions, we report on an analytical procedure for describing and assessing the integration of the ecological approach in health promotion programs. The protocol is applied to intervention activity descriptions drawn from a comprehensive heart health program, the North Karelia Project. The analyses revealed the multi-target, multi-context nature of the North Karelia Project. A discussion of the results highlights the relevance of the analytical procedure for determining the ecologicalness of health promotion programmes, a task that had, up until now, remained elusive to researchers and health promotion practitioners.

Biographies

Lucie Lévesque est titulaire d'un doctorat en sciences de l'activité physique de l'Université de Laval. Elle est boursière postdoctorale du Conseil de recherches médicales du Canada au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et affiliée au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Ses intérêts de recherche portent sur la promotion de l'activité physique et la santé communautaire.

Lucie Richard est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheure boursière du Conseil de recherches médicales du Canada. Affiliée au GRIS, ses intérêts de recherche portent sur les pratiques professionnelles et les modèles d'intervention en promotion de la santé.

Jennifer Duplantie est étudiante au baccalauréat en activité physique de l'Université d'Ottawa. Elle est affiliée au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal. Ses intérêts de recherche portent sur la promotion de l'activité physique.

Lise Gauvin est titulaire d'un doctorat en sciences de l'activité physique de l'Université de Montréal. Elle est professeure agrégée au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et affiliée au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Ses intérêts de recherche portent sur la promotion de l'activité physique, les déterminant psychosociaux des comportements de santé et la prévention des troubles de l'alimentation.

Margaret Cargo est titulaire d'un doctorat en santé et épidémiologie de l'Université de la Colombie-britannique. Elle est boursière postdoctorale du Conseil de recherches médicales du Canada au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et affiliée au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Ses intérêts de recherche portent sur la santé communautaire, l'*empowerment* et le développement des connaissances en promotion de la santé.

Lise Renaud est sociologue de formation et possède un Ph.D. en sciences de l'éducation. Elle travaille depuis 20 ans en santé publique à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et elle est également chercheure agrégée au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Ses intérêts portent sur la recherche appliquée, particulièrement sur le maintien des programmes communautaires et sur la dissémination des pratiques exemplaires.

Louise Potvin est professeure titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et scientifique du Conseil de recherches médicales du Canada, affiliée au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Elle dirige l'option Promotion de la santé du programme de doctorat en santé publique de l'Université de Montréal. Ses intérêts de recherche portent sur l'évaluation des programmes communautaires en promotion de la santé.