

ANALYSER LE DEGRÉ D'INTÉGRATION DE L'APPROCHE ÉCOLOGIQUE DANS LES PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ: LE CAS DES PROGRAMMATIONS DE RÉDUCTION DE TABAGISME DE DEUX DIRECTIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE QUÉBÉCOISES

Eric Breton
Lucie Richard
Faculté des sciences infirmières
GRIS (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé),
Université de Montréal
Montréal, Québec

Pascale Lehoux
GRIS (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé)
Département d'administration de la santé
Université de Montréal
Montréal, Québec

Louise Labrie
Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et
des services sociaux de Montréal-Centre
Montréal, Québec

Claudine Léonard
Direction de la santé publique, de la planification et de
l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services
sociaux de la Montérégie
Longueuil, Québec

Résumé: Depuis plusieurs années, l'OMS prône l'implantation de stratégies écologiques d'amélioration de la santé des populations axées notamment sur une diversité de déterminants de la santé et de milieux d'intervention. Si cette approche suscite l'intérêt des professionnels en santé publique, les outils conceptuels qui permettraient d'en baliser l'élaboration et l'évaluation demeurent encore peu développés. Cet article vise à combler cette lacune en présentant un outil d'évaluation du caractère écologique des programmes. Pour illustrer son potentiel, nous avons évalué les

Correspondance à l'auteur: Eric Breton, GRIS, Université de Montréal,
C.P. 6128 Succursale Centre-Ville, Montréal, PQ H3C 3J7;
<Eric.Breton@umontreal.ca>.

programmations de réduction du tabagisme de deux directions régionales de santé publique du Québec. Cette application permet de poser un jugement quant au caractère écologique des deux programmations en cause et d'illustrer le potentiel de l'outil d'évaluation.

Abstract: For many years, the WHO has promoted the implementation of ecological strategies to improve public health, focusing, in particular, on various social and environmental health determinants and settings. Although that approach has raised interest among public health professionals, the conceptual tools to direct its development and evaluation are still lacking. To fill the gap, this article presents a tool for the assessment of the integration of the ecological approach in programs. To illustrate its potential, the smoking reduction programs implemented by two public health departments in Quebec were evaluated using the application, which allows an assessment of the ecological dimension.

Ces dernières années, la santé publique, et plus spécifiquement la promotion de la santé, sont la scène d'une remise en question des stratégies d'intervention à privilégier pour améliorer la santé et le bien-être des populations. Deux constats principaux sont à la source du questionnement. Le premier tient du bilan mitigé de plusieurs années d'interventions principalement axées sur la modification de caractéristiques individuelles tels les comportements, les attitudes et les connaissances. On constate ainsi que la prévalence de plusieurs comportements à risque liés aux styles de vie, comme le tabagisme et la sédentarité, demeure relativement stable, voire, dans certains cas, en augmentation (Orleans, 2000). Le deuxième constat découle de l'identification d'une série de déterminants sociaux et environnementaux de la santé se distinguant des traditionnels facteurs de risque centrés sur les caractéristiques des individus. Le cas des maladies coronariennes est révélateur alors que pas plus de 40% de la variance expliquée au niveau de la prévalence est associée au tabagisme, à la sédentarité et à d'autres facteurs de risque connus. Il va de soi qu'un plus large spectre de déterminants est à l'œuvre (Marmot, 1999; Syme, 2000). Plusieurs de ces déterminants font actuellement l'objet d'investigations approfondies, notamment quant aux effets délétères de l'isolement social et des environnements sociaux marqués par des inégalités au plan de la redistribution de la richesse collective (Evans, 1994).

Ce questionnement de la pratique a incité les chercheurs en santé publique à redéfinir leurs stratégies d'action de manière à intégrer aux interventions visant directement les individus des actions de

modification des environnements sociaux, économiques et physiques. Ces stratégies plus globales, qualifiées d'écologiques, ont, jusqu'ici, fait l'objet de peu de tentatives de conceptualisation (McKinlay, 1995; McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988; Simons-Morton et al., 1989; Stokols, 1996). Par conséquent, les professionnels des organisations de santé publique qui désirent adopter cette approche disposent de peu de balises pour encadrer la planification ou l'évaluation de leurs stratégies. C'est précisément pour pallier à cette lacune que nous présentons dans cet article un outil d'analyse de la dimension écologique des programmes de promotion de la santé.

Plus spécifiquement, deux objectifs sont visés. Le premier consiste à présenter l'outil d'analyse de la dimension écologique des programmes de promotion de la santé développé par Richard et ses collaborateurs (Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic, & Green, 1996). Un second objectif vise à illustrer son mode d'utilisation et son potentiel en présentant une application à deux programmes de réduction du tabagisme.

Pour réaliser ces objectifs, nous présentons d'abord notre démarche comme s'insérant dans le mouvement de la nouvelle santé publique dont l'approche écologique constitue l'une des composantes centrales (Schwab & Syme, 1997). L'article se poursuivra par la description de la grille d'analyse de la dimension écologique des programmes puis par son application à deux programmations de réduction du tabagisme implantées dans deux régions du Québec. Nous terminerons en livrant les résultats d'une démarche de validation de l'outil effectuée auprès des professionnels impliqués dans les deux programmations en cause.

CONTEXTE HISTORIQUE: DE LA SANTÉ PUBLIQUE À LA NOUVELLE SANTÉ PUBLIQUE

Depuis la publication de la théorie des germes de Pasteur en 1878, les efforts pour améliorer et préserver la santé des populations ont été dominés par un important courant de médicalisation des pratiques (Freedman, 1999). En effet, la perspective de pouvoir agir directement sur les agents pathogènes et de se protéger ainsi plus efficacement des épidémies a détourné l'attention des autorités de santé publique des approches privilégiant l'action sur les conditions socio-environnementales en amont de causes plus directes de la maladie. Ainsi, de stratégies misant sur des interventions axées sur les caractéristiques délétères des milieux de vie (e.g., les grands tra-

vaux d'ingénierie civile pour assurer l'approvisionnement en eau potable et évacuer les eaux usées), la santé publique va passer à l'implantation de stratégies davantage axées sur les individus telles la vaccination et le développement d'un système de soins curatifs; stratégies qui ont eu pour corollaire une centralisation des efforts dans un cadre médico-clinique.

Après la deuxième guerre mondiale, l'émergence des maladies chroniques et l'identification d'une série de facteurs de risque comportementaux (tabagisme, sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires) aura pour effet d'accentuer le processus de médicalisation des efforts de santé publique (Kickbusch, 1986). Dès lors, au cours des années '60-70, plusieurs programmes viseront l'action sur les facteurs de risque par la modification de caractéristiques individuelles telles les attitudes et les habiletés. Ces programmes s'avéreront souvent décevants. Les résultats plutôt mitigés des grands programmes américains de prévention des maladies cardio-vasculaires (Schwab & Syme, 1997; Stokols, 1996) contribueront notamment à mettre en évidence le peu d'impact des approches centrées sur la modification des caractéristiques individuelles.

En plus de leur bilan mitigé en termes d'efficacité, les programmes basés sur des approches de modification des caractéristiques individuelles ont soulevé des problèmes éthiques importants. Premièrement, une répartition inégale des effets obtenus a souvent été observée dans les populations alors que les individus appartenant aux classes moyennes et supérieures semblaient plus enclins à adopter des habitudes de vie plus saines (Green & Kreuter, 1999; Green & Richard, 1993). À l'inverse, chez les membres des classes défavorisées, les gains enregistrés ont souvent été plus faibles, situation qui n'est pas sans soulever un problème fondamental au plan de la justice sociale (Green & Kreuter, 1999).

Deuxièmement, ces programmes ont souvent fait abstraction du rôle des variables contextuelles dans l'adoption des comportements à risque. Une telle stratégie se place certes en porte-à-faux avec les résultats d'un grand nombre d'enquêtes épidémiologiques montrant, pour une majorité des comportements à risque, une sur-représentation des individus des groupes socio-économiques défavorisés (Kaplan, Everson, & Lynch, 2000). Les conditions de vie et les contraintes auxquelles sont confrontés les individus apparaissent jouer un rôle important dans l'adoption de ces comportements. Pour plusieurs auteurs (Becker, 1986; McLeroy et al., 1988; Minkler, 1989), le fait

d'occulter des déterminants aussi fondamentaux que la condition économique des individus au profit de stratégies misant exclusivement sur les changements de comportement, revient en quelque sorte à blâmer, pour leur condition, des individus qui ont justement peu de contrôle sur leurs choix.

C'est principalement sur la base d'une remise en cause des approches centrées exclusivement sur l'individu que s'inscrit, à l'aube des années '80, l'émergence de la «nouvelle santé publique» et du mouvement de promotion de la santé (Draper, 1991; Petersen & Lupton, 1996). Sans prétendre à l'exhaustivité, voici quelques éléments clés de cette nouvelle approche:

- La nouvelle perspective rejette la vision biomédicale de la santé définie comme absence de maladie. La santé est plutôt envisagée comme une ressource de la vie quotidienne et non comme une fin en soi, c'est un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et personnelles, ainsi que les capacités physiques (OMS, 1986);
- L'action préventive doit englober non seulement le travail sur les comportements et leurs déterminants individuels mais aussi aller en amont de ce type de cause pour intervenir sur les déterminants environnementaux de la santé (Green & Kreuter, 1999), tout particulièrement les déterminants sociaux (Stokols, Allen, & Bellingham, 1996);
- Plutôt que de privilégier l'action auprès des groupes à risque, on prône un travail au niveau populationnel, i.e., centré sur la population générale. On privilégie aussi des actions davantage susceptibles de générer des impacts à long terme sur un ensemble de problèmes de santé (Green & Richard, 1993);
- L'implication des populations dans l'amélioration de leur bien-être par une participation à toutes les étapes du processus de changement représente une stratégie essentielle de la nouvelle santé publique (Eisen, 1994; Plough & Olafson, 1994). Cette stratégie a pour corollaire une redéfinition du rôle du professionnel qui agit non plus comme l'instigateur des interventions mais plutôt comme ressource et guide (Robertson & Minkler, 1994);
- L'action de promotion de la santé ne se limite pas à la seule sphère des institutions de santé car d'autres secteurs de la société peuvent être appelés à jouer un rôle important dans l'amélioration des conditions de vie des populations. Les

- politiques publiques, que ce soit en santé ou dans d'autres secteurs, sont d'importants leviers d'action (Milio, 1987);
- Enfin, reconnaissant la complexité des problématiques de santé publique, la nouvelle santé publique décourage l'implantation de stratégies uniques. C'est par l'action combinée des stratégies d'éducation sanitaire et de modification de différents aspects des environnements qu'on pourra véritablement avoir un impact sur la santé des populations.

Ce dernier point est particulièrement pertinent à notre propos en ce qu'il introduit la question de l'influence complexe de l'environnement sur la santé des populations. Cette perspective est étroitement liée à une conception systémique des processus d'interaction entre les individus et leur environnement. Cette conception sous-tend l'approche écologique, un des axes centraux de la nouvelle santé publique (Schwab & Syme, 1997).

L'APPROCHE ÉCOLOGIQUE EN PROMOTION DE LA SANTÉ

L'approche écologique en promotion de la santé emprunte principalement à l'écologie et à la théorie des systèmes (Richard, 1996; Stokols, 1996; Stokols et al., 1996). Les théoriciens de l'écologie ont identifié différents principes guidant l'analyse de l'écosystème; l'écosystème étant défini comme une unité écologique de base constituée d'un milieu et des êtres vivants qui y évoluent. Retenons quatre principes susceptibles d'éclairer l'analyse et l'intervention en promotion de la santé (Trickett & Mitchell, 1992; Richard, 1996). Le premier principe, l'interdépendance, réfère aux liens étroits entre les différentes composantes de l'écosystème et met en évidence les limites d'une intervention qui toucherait une sphère individuelle ou environnementale unique et qui plus est n'anticiperait pas ses effets sur d'autres sphères.

Le second principe, celui de l'adaptation, souligne l'effet de l'environnement sur les comportements et choix des individus. Les comportements sont considérés comme une réponse de la personne aux pressions et demandes de son environnement. Ce second principe encourage les planificateurs et les intervenants en promotion de la santé à s'interroger sur les opportunités et ressources offertes par l'environnement dans lequel prennent place les individus dont ils souhaitent modifier les comportements et à envisager la possibilité de porter leurs efforts sur la modification des aspects-clés de cet environnement. Un environnement favorable à une intervention de

promotion de la santé pourra avoir pour effet de prédisposer, d'habiliter, et de renforcer les comportements individuels et collectifs (Green & Kreuter, 1999).

Le troisième principe réfère aux échanges d'énergie et de ressources et au cycle des ressources entre les différentes composantes de l'écosystème. Pour les planificateurs et les intervenants, il s'agit de porter une attention particulière aux carences ou aux ressources potentielles du contexte de vie des individus et communautés et d'agir sur celles-ci soit en les activant ou en travaillant à les accroître.

Enfin le quatrième principe, celui de la succession et de la temporalité, souligne l'aspect dynamique des écosystèmes dont les caractéristiques évoluent dans le temps. Pour les planificateurs et les intervenants, il s'agit de tenir compte de l'histoire des individus et des communautés. Par exemple, une communauté dont l'économie périclité depuis de nombreuses années ne posera pas le même type de défis qu'une communauté en croissance.

Cela dit, si l'approche écologique a suscité un intérêt certain chez les professionnels de la santé publique, sa complexité inhérente la rend difficile à planifier et à implanter, tout particulièrement s'agissant des interventions visant la modification des environnements (Orleans, 2000; Richard, Breton, Lehoux, Martin, & Roy, 1999). Qui plus est, les professionnels ayant choisi d'implanter ce genre d'approche ne disposent toujours pas d'outils pour effectuer le suivi de l'implantation et pour évaluer leurs efforts. L'instrument présenté dans ce qui suit contribue justement à pallier ces lacunes.

LA GRILLE D'ÉVALUATION DE LA DIMENSION ÉCOLOGIQUE DES PROGRAMMES

La grille d'évaluation de la dimension écologique des programmes (Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic, & Green, 1996) s'appuie sur la théorie des systèmes vivants de Miller (Miller, 1978; Miller & Miller, 1992) de même que sur deux modèles conceptuels en promotion de la santé (McLeroy et al., 1988; Simons-Morton, Simons-Morton, Parcel, & Bunker, 1988). En lien avec les développements théoriques sur l'approche écologique en promotion de la santé (Green, Richard, & Potvin, 1996; McLeroy et al., 1988; Simons-Morton et al., 1988; Stokols, 1996), le point de mire de la grille réside en les actions posées par les professionnels au sein des écosystèmes en vue de promouvoir la santé des populations et des groupes d'individus. Le modèle conceptuel sous-tendant la grille définit deux dimensions

fondamentales des programmes écologiques: le milieu et les stratégies d'intervention. Dans cette optique, un programme est d'autant plus écologique qu'il intègre une variété de stratégies d'intervention et ce, dans une diversité de milieux.

Les milieux

Il s'agit ici de distinguer les systèmes sociaux où sont rejoints les individus visés par le programme. S'appuyant sur la théorie des systèmes vivants de Miller, la grille d'analyse inclut quatre systèmes sociaux hiérarchiquement imbriqués: (a) *les organisations*: des groupements, associations d'une certaine ampleur présentant une structure relativement formalisée qui se proposent des buts déterminés (e.g., une entreprise, une commission scolaire); (b) *les communautés*: définies ici comme un regroupement d'individus au sens géographique classique du terme (quartiers, villes et régions); (c) *les sociétés*: des entités géographiques plus larges correspondant, selon le cas, aux états, provinces ou pays; et (d) *les entités supra-nationales*: des associations englobant au moins deux sociétés. On pourrait compter parmi les entités supra-nationales l'ALENA, l'Union européenne, et ainsi de suite.

Pour mieux saisir le concept de milieu, considérons les exemples présentés en Figure 1. On constate que les autorités de santé publique ont fait appel à deux milieux d'intervention. Dans le premier

Figure 1 Exemple de composantes de programmation de réduction du tabagisme

Constatant une forte prévalence du tabagisme chez les adolescents et adolescentes de son territoire, une direction régionale de santé publique décide d'implanter un programme de prévention comportant trois volets.

Volet #1

Cette intervention consiste en une distribution de matériel éducatif et de sensibilisation en matière de tabagisme à tous les élèves des écoles secondaires du territoire. Le matériel est distribué dans le cadre d'un cours abordant la question du développement de l'adolescent.

Volet #2

Les autorités de santé publique ont développé une série de vignettes d'information publiées dans les hebdomadaires de quartier. Ces vignettes visent à sensibiliser les parents aux problèmes du tabagisme chez les jeunes et à leur fournir des conseils pour intervenir, le cas échéant, auprès de leurs enfants.

Volet #3

Pour générer au niveau de l'État un effort global de prévention du tabagisme, les autorités élaborent une troisième intervention. Il s'agit d'inciter les représentants des organisations travaillant sur la réduction du tabagisme à mettre en commun leurs ressources et expertises et à coordonner leurs efforts dans le but de favoriser l'adoption par le gouvernement provincial d'une loi en matière de contrôle du tabagisme.

volet, c'est à travers des organisations scolaires que sont rejoints les jeunes et c'est en leur qualité d'étudiants inscrits au sein d'un établissement donné que ces derniers sont interpellés par l'intervention. Dans le second volet, le milieu est tout à fait différent puisque les jeunes sont ici rejoints via leur appartenance à une communauté. Les parents qui consultent les vignettes d'information le font en effet en leur qualité de résidents d'une communauté desservie par le journal en question. Enfin dans le troisième volet, les organisations œuvrant à la réduction du tabagisme rejoignent les jeunes comme citoyens d'une province.

Les stratégies

La grille distingue deux types de cible sur lesquels peut porter l'action inhérente à un programme de promotion de la santé. Le premier type de cible est l'individu-client (noté ici IND), c'est-à-dire, l'individu dont on veut ultimement maintenir ou promouvoir la santé. Le deuxième type de cible est celui des cibles intermédiaires et désigne celles qui constituent des composantes de l'environnement (ou écosystème) de l'individu-client, par exemple, son réseau social ou les organisations dans lesquelles il évolue.

S'appuyant sur McLeroy et al. (1988) et Simons-Morton et al. (1988), la grille distingue quatre catégories de cibles intermédiaires sur lesquelles une action de promotion de la santé peut être portée: (a) *le réseau interpersonnel* (INT) de l'individu-client; il s'agit là du réseau social informel dont l'individu-client est membre; (b) *une organisation* (ORG) au sein de laquelle l'individu-client évolue; (c) *la communauté* (COM); et enfin (d) *le sous-système politique* (POL) et ses représentants pour une entité territoriale donnée.

En se référant à l'exemple décrit dans Figure 1, on constate que l'action de la première intervention porte directement sur l'individu-client (IND), c'est-à-dire, les adolescentes et adolescents, alors que ces derniers sont indirectement visés dans les deuxième et troisième interventions. Dans la deuxième intervention, on agit sur une partie de leur réseau interpersonnel (INT), i.e., leurs parents. Dans la troisième, c'est sur les organisations (ORG) susceptibles de modifier l'environnement global au sein duquel les jeunes évoluent que se porte l'action.

C'est l'enchaînement des différentes cibles qui forme la stratégie d'intervention. Le modèle de Richard et collaborateurs (1996) définit

deux grands groupes de stratégies selon que les cibles sont directement transformées ou bien mises en réseau. Dans les exemples de Figure 1, on constate que les deux premiers volets consistent en des actions de transformation directe de la cible alors que la troisième intervention constitue une action de mise en réseau.

Pour faciliter l'examen de ces stratégies, Richard et collaborateurs (1996) ont défini une série de conventions simples d'écriture. Par exemple, une stratégie $P \rightarrow INT \rightarrow IND$ indique qu'un programme P dont les efforts portent sur une cible interpersonnelle INT engendrera un impact sur l'individu-client IND . On reconnaît dans cet exemple l'intervention qui visait les parents (volet #2 de Figure 1). Les flèches représentent dans les deux cas une action de transformation directe de la cible.

Une autre intervention allant comme suit: $P \rightarrow [ORG-ORG] \rightarrow IND$ illustre cette fois une action de mise en réseau (exprimée par les []) d'organisations dont les interactions favorisent l'implantation d'actions susceptibles d'avoir un impact sur l'individu-client IND . On reconnaît en cette stratégie celle du volet #3 désignant les efforts déployés par une coalition d'acteurs professionnels en vue de promouvoir l'adoption d'une loi de réduction du tabagisme. Le lecteur pourra se référer au Tableau 1 pour une illustration de diverses stratégies d'intervention telles que traduites au moyen des concepts de la grille.

Tableau 1
Exemples de stratégies d'intervention en vue de la prévention du tabagisme chez une population de jeunes

Stratégies d'intervention sur la cible client

$P \rightarrow IND$ = Programme \rightarrow client:

Programmes d'amélioration des compétences/connaissances ou de modification des attitudes du client (e.g., une session de formation sur les dangers du tabagisme destinée aux jeunes).

$P \rightarrow [IND - IND]$ = Programme \rightarrow [client - client]:

Établissement de liens entre les clients de sorte à les amener à partager des manières de rétablir ou de promouvoir leur propre bien-être (e.g., un groupe d'abandon du tabagisme stimulant l'entraide entre les jeunes participants).

Stratégies d'intervention sur la cible réseau interpersonnel

$P \rightarrow INT \rightarrow IND$ = Programme \rightarrow interpersonnel \rightarrow client

Programmes qui visent à modifier l'environnement interpersonnel du client (e.g., une intervention d'éducation des parents en matière de tabagisme chez les jeunes).

Tableau 1 (cont.)

P → [INT - INT] → IND = Programme → [interpersonnel - interpersonnel] → client

Établissement de liens entre des membres de l'environnement interpersonnel du client dans le but de les conduire à élaborer ou à partager des manières de rétablir ou promouvoir la santé des clients (e.g., un groupe d'entraide de parents visant le partage d'information en matière d'abandon du tabagisme chez les jeunes).

Stratégies d'intervention sur la cible organisation

P → ORG → IND = Programme → organisation → client

1. Programmes pour modifier des aspects d'une organisation qui compromettent la santé (e.g., un programme pour inciter les maisons de jeunes à mettre en place des politiques d'espace sans fumée).
2. Programme de formation dont l'objectif est d'accroître les compétences relatives à la promotion de la santé chez d'importants acteurs de l'organisation (e.g., des séances de sensibilisation des professeurs aux conséquences du tabagisme chez les jeunes).
3. Création d'une nouvelle organisation (e.g., la mise sur pied d'un bureau pour conseiller les jeunes dans leurs efforts d'abandon du tabagisme).

P → [ORG - ORG] → IND = Programme → [organisation - organisation] → client

Établissement de relations entre des organisations concernées par une problématique de santé spécifique (e.g., la mise sur pied d'une coalition d'organisations de la communauté pour prévenir le tabagisme chez les jeunes).

Stratégies d'intervention sur la cible communauté

P → COM → IND = Programme → communauté → client

Programmes de formation qui ont pour objectifs d'accroître les compétences en promotion de la santé chez des représentants de la communauté (e.g., un programme de sensibilisation à la problématique du tabagisme chez les représentants de différents quartiers d'un territoire donné).

P → [COM - COM] → IND = Programme → [communauté - communauté] → client

Établissement de relations entre des communautés dans le but de promouvoir la santé (e.g., villes et villages en santé).

Stratégies d'intervention sur la cible politique

P → POL → IND = Programme → politique → client

Programmes qui visent à influencer des représentants politiques dans le but de les amener à légiférer sur un dossier en lien avec la santé (e.g., une campagne de sensibilisation des députés pour les inciter à adopter des mesures plus strictes en matière de tabagisme).

P → [POL - POL] → IND = Programme → [politique - politique] → client

Établissement de liens entre représentants politiques avec pour objectif d'améliorer la santé d'une population cible (e.g., la mise sur pied d'une table intersectorielle rassemblant les représentants de différents ministères en mesure de prévenir l'initiation du tabagisme chez les jeunes).

Stratégies d'intervention sur une combinaison de cibles

P → ORG → POL → IND = Programme → organisation → politique → client

Programmes qui visent à convaincre des organisations à conduire des interventions de lobbying sur un dossier de santé (e.g., un programme de sensibilisation des professionnels de la santé publique à l'importance des politiques de réduction du tabagisme sur la santé des populations).

Utilisations antérieures de la grille d'analyse de la dimension écologique des programmes

La grille d'analyse de la dimension écologique des programmes (Richard et al., 1996) a fait l'objet de différentes applications, lesquelles ont permis de montrer l'intérêt des portraits et analyses élaborés au moyen de celle-ci. Une étude de la dimension écologique des programmations de réduction du tabagisme des organisations régionales de santé publique au Canada a permis de faire ressortir l'adoption de stratégies misant sur une diversité appréciable de cibles et de milieux d'intervention (Richard, Potvin, Denis, & Kishchuk, 2002). Selon ces données, la moitié des programmations faisait appel à deux ou trois milieux d'interventions, le milieu scolaire et la communauté étant les plus fréquents. L'exercice a également permis de montrer la diversité appréciable des stratégies implantées. Bien que la stratégie d'intervention directe sur l'individu-client ($P \rightarrow IND$) demeurerait fortement dominante, l'action sur les cibles environnementales, telles les organisations ou les politiques, était également bien représentée au sein des organisations étudiées. La grille d'analyse a également été utilisée pour évaluer le caractère écologique des interventions de réduction des maladies cardio-vasculaires implantées en Carélie du Nord (Finlande). Ce travail a mis en évidence la diversité des cibles et milieux visés ainsi que l'éventail des stratégies déployées (Lévesque et al., 2000). Enfin, une autre application de la grille a fait ressortir le large spectre d'interventions auxquelles peuvent recourir les professionnels préoccupés par la problématique de la sédentarité (Gauvin, Lévesque, & Richard, 2001).

Ces différentes applications ont aussi permis l'investigation des qualités psychométriques de la grille. Par exemple, dans le cadre de l'étude pan-canadienne mentionnée ci-haut (Richard, Potvin et al., 2002), l'analyse indépendante d'un échantillon de 30 descriptions d'intervention par deux codeurs a permis la compilation d'indices d'accord inter-juges, avec des coefficients de Kappa de 0,74 et 0,87 pour les nombres de milieux et de stratégies d'intervention, respectivement. Les pourcentages d'accord relatifs aux types de milieux et de stratégies étaient respectivement de l'ordre de 93% et 86%.

UNE APPLICATION AU CONTEXTE DE RÉDUCTION DU TABAGISME

En lien avec les considérations historiques présentées plus haut, l'étude des écrits montre que les modes d'intervention en réduction du tabagisme ont évolué vers des stratégies de plus en plus écologi-

ques. De modèles privilégiant le counselling anti-tabagique en contexte clinique, l'intervention a évolué vers des modèles communautaires cherchant à rejoindre les individus dans une variété de milieux (écoles, milieux de travail, etc.) puis vers des modèles véritablement écologiques intégrant maintenant des stratégies d'action sur une variété de déterminants environnementaux du tabagisme: publicité, taxes, et ainsi de suite (Lichtenstein & Glasgow, 1992; Richard, 1996). Compte tenu de leur diversité appréhendée, les interventions de réduction du tabagisme se prêtaient bien à la mise à l'épreuve de notre grille d'évaluation de la dimension écologique des programmes de promotion de la santé. Dans la foulée d'une série d'études et analyses menées par notre équipe (Green, Richard, & Potvin, 1996; Richard, 1996; Richard, Gauvin, Potvin, Denis, & Kishchuk, 2002; Richard, Potvin et al., 2002; Richard et al., 1996), la contribution présentée dans cet article émane d'une étude de cas, réalisée en 1998–99, portant sur deux programmations de réduction du tabagisme identifiées *a priori* comme hautement écologiques (Richard et al., sous presse; Richard, Lehoux et al., 1999).

Contexte et choix des programmations

L'évaluation de la dimension écologique des programmations a porté plus précisément sur les interventions que deux équipes tabac avaient mises en œuvre durant l'année précédant la réalisation de l'étude. Les efforts de ces équipes prenaient place dans un contexte où un plan ministériel d'action en réduction du tabagisme avait été adopté à l'échelle de la province (MSSS, 1994). Le plan d'action finançait une partie des activités des programmations régionales de santé publique et fixait des balises encourageant l'intervention sur une variété de cibles. Un tel contexte était certes susceptible de donner lieu à des programmations présentant une diversité de cibles et de milieux suffisamment grande pour mettre à l'épreuve les différentes dimensions de notre outil.

Les deux équipes dont il est ici question évoluaient au sein de Directions régionales de la santé publique québécoise (DSP). Les DSP desservent les populations des 18 régions socio-sanitaires de la province. Pour l'année 1997, l'équipe 1 était composée d'une dizaine de professionnels, représentant 5.6 postes équivalents temps plein (ETP) et desservant une population urbaine de 1.8 millions d'habitants. L'équipe 2 comptait de trois à cinq professionnels (ETP de 2.7) pour une population de 1.3 millions d'habitants répartie sur un territoire représentant à la fois des zones urbaines et rurales.

Chacun des sites s'était donné sa propre terminologie pour décrire sa programmation. Une programmation pouvait ainsi être constituée de projets, d'interventions, d'activités ou même de programmes, pour ne donner que quelques exemples. C'est pourquoi, pour fins de comparaison, nous avons défini la programmation-tabac de chacune des équipes en cause comme l'ensemble des interventions visant la réduction du tabagisme offertes par leur organisation. La programmation est ainsi conceptualisée comme un ensemble de composantes, un terme que nous préférons à celui d'interventions, d'activités ou toute autre appellation pouvant varier d'une culture organisationnelle à l'autre. Chacune de ces composantes est associée à un objectif, un milieu d'intervention et une cible populationnelle spécifique. Les volets de Figure 1 pourraient ainsi être interprétés comme trois composantes possibles d'une programmation fictive.

Nous avons exclu de la collecte de données les activités de planification (élaboration de programmation, participation à des comités, etc.) et celles de recherche et d'évaluation. Notre analyse s'est donc limitée aux initiatives de réduction du tabagisme destinées aux jeunes et à la population générale (les jeunes devant y être inclus) pour lesquelles des objectifs et stratégies de changement étaient clairement formulés.

Procédure et mesure

Les données utilisées pour apprécier la dimension écologique des deux programmations en cause ont consisté de descriptions détaillées de chacune des composantes desdites programmations. Ces descriptions ont été recueillies au moyen d'une série d'entrevues semi-dirigées effectuées auprès des neuf professionnels responsables-projet ($n = 6$ dans l'équipe 1; $n = 3$ dans l'équipe 2) habilités à nous décrire ces différentes composantes.

D'une durée moyenne de 50 minutes, les entrevues se sont déroulées par téléphone. Les informations recherchées avaient trait aux objectifs, populations, activités et cela, pour chacune des composantes du programme. Le niveau de détail recherché dans la description devait permettre un repérage précis des concepts centraux de la grille d'analyse (milieux, cibles, stratégies).

Une seconde série d'entrevues, cette fois en face-à-face, a été réalisée auprès des mêmes répondants afin de valider l'analyse de cha-

cune des composantes ainsi que le portrait global de la programmation élaboré au moyen de la grille. Cette entrevue visait également à recueillir les impressions des professionnels quant à la pertinence de l'outil.

Analyse

Enregistrées avec le consentement des neuf répondants, les entrevues ont toutes fait l'objet d'une transcription verbatim, matériel sur lequel s'est appuyé l'essentiel de l'analyse. Trois codeurs (E.B., P.L. et L.R.), aidés d'un manuel détaillé de codification, ont parcouru les transcriptions d'entrevues afin d'identifier, pour chacune des composantes de programmation, les milieux, cibles et stratégies d'intervention. Les résultats obtenus par chacun des codeurs ont ensuite été comparés et fait l'objet de discussions jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Les portraits des programmations, de chacune de leurs composantes ainsi que les résultats de l'analyse ont par la suite été présentés aux répondants pour fins de validation. À cet effet, une seconde grille d'entrevue a été élaborée afin de s'assurer que l'entretien permettrait de faire ressortir les désaccords à l'égard de l'analyse et, le cas échéant, permettre l'exploration de pistes possibles de résolution des divergences. Au cours de cette seconde entrevue, les répondants ont été brièvement initiés à l'utilisation de la grille ce qui a permis, pour chacune des activités documentées, de les interroger sur les cibles et les milieux visés. C'est de même lors de cette seconde entrevue qu'ont été recueillies les impressions des professionnels quant à l'utilité de la grille. Les questions étaient d'ordre général abordant des aspects tels les applications possibles de la grille, ses forces et faiblesses et sa capacité à dresser un portrait valide de la programmation.

RÉSULTATS

La lecture des programmations à l'aide de la grille d'analyse de la dimension écologique fait ressortir les caractéristiques suivantes:

- *Les composantes de programmation:* Un nombre important de composantes ont été implantées dans l'un et l'autre des territoires, soit 14 pour le site 1 et 11 pour le site 2. Ces composantes sont variées et portent, par exemple, sur la modification des compétences et habiletés de gestionnaires

d'entreprises en matière d'implantation de politiques sans fumée, sur la formation de médecins au counselling tabac et sur l'usage du tabac des éducatrices de garderie;

- *Milieus d'interventions*: Les deux sites ont tous deux investi sept milieux d'intervention (voir Tableau 2). Des quatre catégories proposées par la grille d'analyse, seul le milieu supra-national n'a pas été répertorié. Dans les deux sites, ce sont les organisations (ORG) qui ressortent comme les milieux où sont le plus souvent rejoints les individus ultimement visés par l'intervention. Parmi les organisations, celles dites scolaires et de santé sont revenues le plus fréquemment. Le Québec en tant que milieu sociétal (SOC) de même que divers ensembles communautaires (COM) ont également été identifiés comme milieux d'intervention;
- *Cibles d'intervention*: Toutes les catégories de cible définies par le modèle ont été visées par l'équipe du site 2, alors que seule la cible communauté (COM) n'a pas été touchée par l'équipe du site 1 (voir Tableau 3). Dans les deux programmations, ce sont les cibles organisationnelles (ORG) qui ont le plus souvent fait l'objet d'un travail de transformation. Les détaillants de produit du tabac, les institutions de santé et les entreprises sont trois exemples d'organisations en cause.
- *Stratégies d'intervention*: Les équipes 1 et 2 ont implanté des composantes de programmation faisant appel à respectivement six et sept catégories de stratégie d'intervention (voir Tableau 4). Dans les deux cas, c'est la stratégie d'action directe sur une cible organisationnelle ($P \rightarrow \text{ORG} \rightarrow \text{IND}$) qui a été relevée le plus fréquemment. Les deux organisations ont également usé de stratégies de mise en réseau de cibles organisationnelles susceptibles de mettre sur pied des interventions visant la prévention/l'abandon chez les individus ultimement visés ($P \rightarrow [\text{ORG-ORG}] \rightarrow \text{ORG} \rightarrow \text{IND}$ et $P \rightarrow [\text{ORG-ORG}] \rightarrow \text{POL} \rightarrow \text{IND}$). À titre d'exemple, une intervention regroupait les équipes de santé au travail des CLSC (Centre Local de Services Communautaires) du territoire. L'action collective de ces équipes visait à intervenir auprès d'industries dont les polluants en milieu de travail sont réputés augmenter significativement les risques de cancer chez leurs travailleurs fumeurs. Une autre intervention portait sur la mise en réseau de différents acteurs institutionnels du territoire afin de favoriser l'adoption d'une nouvelle loi provinciale sur le tabac.

Tableau 2
Distributions de fréquences des composantes de programmation selon différents types de milieux d'intervention, site 1 et site 2

Types de milieux	Fréquences
a) site 1 (<i>n</i> = 14 composantes de programmation)	
ORG-scolaire	4
ORG-santé	3
COM	3
SOC	3
ORG-entreprises	2
ORG-loisirs	1
ORG-institutions autochtones	1
b) site 2 (<i>n</i> = 11 composantes de programmation)	
ORG-scolaire	3
SOC	3
ORG-santé	2
ORG-garderie	1
ORG-loisirs	1
ORG-détaillants	1
COM	1

Note: Étant donné qu'une même composante de programmation peut inclure plusieurs milieux, la fréquence totale peut excéder le nombre de composantes dans un site.

Tableau 3
Distribution de fréquences des composantes de programmation selon différents types de cibles, site 1 et site 2

Types de cible	Fréquences	
	Site 1 (<i>n</i> = 14 composantes de programmation)	Site 2 (<i>n</i> = 11 composantes de programmation)
Le client en tant que cible directe (P→IND)	1	2
Interpersonnelle (P→INT)	1	2
Organisationnelle (P→ORG)	14	9
Communautaire (P→COM)	0	1
Politique (P→POL)	1	4

Note: Étant donné qu'une même composante de programmation peut inclure plusieurs cibles, la fréquence totale peut excéder le nombre de composantes dans un site.

De manière générale, l'examen de ces deux portraits de programmation fait ressortir un travail d'interpellation de l'individu-client dans différents milieux et cela, par l'entremise de différentes stratégies. La programmation du site 2 apparaît légèrement plus diversifiée en termes de cibles et de stratégies que celle du site 1. Par exemple, se démarquant en cela de l'équipe 1, l'équipe 2 exerce une action directe sur la cible politique par l'entremise de visites de députés afin de les sensibiliser à l'importance d'adopter un projet de loi provincial sur le tabac.

Validation des résultats

Les répondants ont trouvé que le portrait dégagé s'apparentait généralement assez bien à leur vision de la programmation. Lors de la validation, des précisions ont pu être apportées quant à la désignation des composantes et aux objectifs poursuivis par celles-ci. Dans un cas, ce retour des résultats aux répondants a permis de confirmer l'existence d'une stratégie d'intervention relevée avec beaucoup

Tableau 4
Distribution de fréquences des composantes de programmation selon différents types de stratégies d'intervention, site 1 et site 2

Types de stratégies	Fréquences
a) site 1 ($n = 14$ composantes de programmation)	
P→IND	1
P→ORG→IND	10
P→[ORG→INT]→IND	1
P→ORG→ORG→IND	1
P→[ORG-ORG]→ORG→IND	1
P→[ORG-ORG]→POL→IND	1
b) site 2 ($n = 11$ composantes de programmation)	
P→IND	2
P→ORG→IND	5
P→INT→IND	1
P→POL→IND	2
P→[ORG-INT]→IND	1
P→COM→ORG→IND	1
P→[ORG-ORG]→POL→IND	2

Note: Étant donné qu'une même composante de programmation peut inclure plusieurs stratégies, la fréquence totale peut excéder le nombre de composantes dans un site.

d'hésitation par les codeurs. Signalons cependant que les répondants n'ont pas été en mesure de confirmer ou d'infirmier fermement notre analyse étant donné leur maîtrise imparfaite des rouages de la grille. Les concepts de cibles et de milieux leur étaient familiers mais il est apparu clair en cours d'exercice qu'une discussion approfondie de chacune des dimensions de la grille aurait nécessité davantage de formation que la brève introduction présentée lors de l'entrevue.

Du point de vue de l'utilité de l'outil, les données recueillies révèlent des opinions variées. Sur les neuf répondants rencontrés, cinq ont clairement exprimé des commentaires positifs. C'est le portrait d'ensemble livré par la grille qui a le plus retenu l'attention chez ces professionnels. Ce portrait leur apparaît présenter un profil davantage systématique, faisant ressortir plus nettement les stratégies. Un tel exercice pourrait par ailleurs permettre une mise en évidence des milieux et groupes non rejoints par les interventions. Commentant ce portrait, un professionnel a noté qu'une telle analyse aurait pu faciliter la sélection des partenaires en faisant mieux correspondre ce choix aux caractéristiques du milieu investi par la stratégie. Il semble également qu'au niveau des rapports avec les partenaires, le portrait de la programmation dégagé aurait pu aider ces derniers à mieux envisager leur contribution au sein de la programmation. Enfin, un répondant a souligné le potentiel de la grille en terme d'évaluation des programmes.

Trois répondants ont exprimé des commentaires négatifs. De manière générale, leurs commentaires avaient trait à un ajustement jugé peu optimal entre la complexité du travail de terrain et le portrait dégagé à l'analyse. Ainsi, le caractère linéaire et unidirectionnel du portrait a d'abord été relevé. Ces professionnels ont souligné que plusieurs ajustements ont cours entre l'élaboration de la programmation et sa mise en œuvre. L'implantation des interventions suscite plusieurs effets de retour qui peuvent occasionner des changements dans la stratégie initialement prévue. Par ailleurs, le portrait dégagé est apparu trop fragmenté pour l'un des répondants qui aurait aimé voir ressortir les différents liens entre les composantes de la programmation. Il a souligné le caractère intégré des interventions dont il est responsable et suggéré de réécrire les stratégies en les disposant en étoile autour d'un programme (P) unique.

Un professionnel a également déploré la non-intégration par la grille des concepts d'abandon, protection et prévention, des catégories très présentes dans le dossier du tabagisme. L'absence d'une définition

stricte de la communauté a aussi été pointée du doigt par un répondant qui a souligné utiliser lui-même plusieurs conceptions de la communauté. Enfin, la grille est apparue à un professionnel trop complexe pour être utilisée par les planificateurs. Il est intéressant de noter que les professionnels les plus critiques envers la grille sont également ceux cumulant le plus d'expérience en réduction du tabagisme.

DISCUSSION

Cet exercice d'application illustre comment la grille d'analyse permet de documenter systématiquement la dimension écologique de programmes et interventions en promotion de la santé. Sans surprise, compte tenu du mode de recrutement des organisations, les profils dégagés confirment que les deux programmations sous étude ont investi une variété de milieux, et ce au moyen d'une diversité de stratégies d'intervention. Un tel bilan est tout à fait en lien avec le portrait contemporain de l'intervention de réduction du tabagisme, tel que décrit par Lichtenstein et Glasgow (1992) et Richard, Potvin et al. (2002). Loin d'être confinées aux stratégies individuelles en contexte clinique, les interventions dans ce secteur s'appuient maintenant beaucoup plus souvent sur une approche de type écologique alors que les planificateurs intègrent une action sur une variété de cibles environnementales.

Plus largement, l'étude des profils dégagés révèle aussi que les deux programmations examinées s'inscrivent assez clairement dans l'idéal prôné par la nouvelle santé publique. On constate en effet que le travail sur les facteurs individuels occupe une place secondaire relativement aux interventions visant à modifier les conditions des environnements tels que les organisations scolaires et de la santé. Les deux organisations y vont même d'initiatives visant le changement des politiques publiques, une stratégie encore là suggérée par les tenants de la nouvelle santé publique et qui constitue l'un des axes d'intervention de la Charte d'Ottawa.

Il convient par ailleurs de mentionner que l'analyse des transcriptions n'a révélé aucune référence à une action sur les déterminants socio-économiques des comportements à risque. Ce constat est d'autant plus étonnant que ce type de cible occupe une place centrale dans le corpus de connaissances sous-tendant le mouvement de la nouvelle santé publique. Il est toutefois plausible que ce genre d'action ait été sous la responsabilité d'autres équipes de travail dans les organisations en cause. Le choix de porter une attention exclu-

sive sur les efforts spécifiques au champ du tabagisme a pu ainsi avoir pour effet d'occulter le travail fait en amont sur les déterminants sociaux de la santé, travail susceptible de générer des retombées positives sur des comportements reliés à la santé. Cette observation permet certes de repérer une première limite de notre démarche. Les chercheurs intéressés à utiliser la grille d'analyse dans le futur seraient bien avisés de s'interroger a priori sur les frontières des programmations à investiguer. Il pourrait être pertinent d'inclure les efforts d'intervention sur des déterminants davantage en amont, dans la mesure où ce type d'effort est susceptible de générer des impacts sur les comportements de santé d'intérêt.

Pour ce qui est du détail des portraits obtenus au moyen de la grille, il est intéressant de relever que les professionnels interrogés à l'étape de validation ont confirmé avoir généralement retrouvé les différents éléments de leur programmation dans les bilans produits. De plus, l'outil a offert un niveau de détail suffisant pour faire ressortir les cibles et stratégies encouragées par le plan d'action, par exemple, le travail auprès des jeunes en tant qu'individu-client et l'accent sur les interventions conduites dans les milieux scolaire et de la santé. Enfin, la grille nous a aussi permis d'une certaine manière de percevoir l'impact sur les programmations du contexte des efforts favorisant l'adoption de la *Loi sur le tabac* du Québec. Au cours de cette période, les organisations de santé publique québécoises ont en effet été mises à contribution notamment en participant aux activités d'une large coalition de partenaires faisant pression sur les élus. Le profil dégagé par la grille a bien mis en évidence, au sein des deux organisations, une stratégie d'action sur la cible politique (POL), laquelle s'appuyait sur une mise en réseau de différentes organisations (P→[ORG-ORG]→POL→IND).

D'autre part, l'analyse a aussi permis de faire ressortir un certain nombre de différences entre les programmations, différences qu'il serait plausible de relier à certaines caractéristiques organisationnelles des milieux en cause. Par exemple, la programmation de l'équipe 1 comporte davantage de composantes de programmation que celle de l'équipe 2, une réalité qui pourrait s'expliquer par son niveau plus élevé de ressources financières et humaines. Des modes de fonctionnement distincts pourraient être à la source d'un travail plus marqué sur la cible politique (POL) au sein de l'équipe 2. Les professionnels de cette équipe sont apparus davantage en mesure d'intervenir à ce niveau alors que dans l'autre site, ce type de travail est ressorti comme relevant davantage de l'équipe de direction.

Ces observations, combinées aux opinions recueillies auprès des professionnels, suggèrent que la grille pourrait être utilisée avec profit lors de l'évaluation de programmes et interventions en santé publique. Elle pourrait également contribuer à éclairer l'analyse de l'impact de politiques ministérielles du type de celle à la source des programmations examinées dans le présent article. Cela dit, le potentiel de la grille ne se limite pas à une évaluation *post* implantation. Les commentaires formulés par certains professionnels indiquent que cette grille d'analyse pourrait aussi être utilisée au moment de l'élaboration des programmations. Ainsi, comme l'a suggéré un répondant, l'outil pourrait par exemple permettre d'alimenter les réflexions quant au choix des partenaires impliqués au stade d'implantation des interventions sur le terrain. Plus largement, que ce soit simplement par le caractère systématique de la présentation permise par la grille et par la vue d'ensemble offerte aux professionnels, il y a là un potentiel intéressant de fournir un outil aidant à la planification. Il est possible que le portrait global de la programmation que confère la grille d'analyse puisse favoriser l'optimisation des ressources investies et un meilleur suivi des interventions.

Cet instrument comporte un certain nombre de limites qui devront être considérées dans des travaux futurs. D'abord, la dimension relative à l'intensité des efforts d'intervention n'est pas considérée ce qui met sur un pied d'égalité des interventions ponctuelles, requérant peu de ressources, et d'autres, dont le déploiement à grand renfort d'énergie s'étend sur plusieurs mois. Il y aurait lieu d'explicitier en termes d'énergie (ressources), d'intensité et d'exposition aux interventions, la nature des actions sur les cibles de manière à pondérer la contribution de chacune dans la programmation. D'autre part, le fait d'évaluer le degré d'intégration de l'approche écologique dans les programmations sur la base des efforts consentis au cours d'une seule année pénalise les organisations dont la programmation s'inscrit dans un plan à plus long terme. Dans un contexte où les ressources des organisations sont limitées, il est possible que les interventions d'une année, laissent place à des interventions différentes l'année suivante et que par conséquent, la dimension écologique de ces programmations ne soit appréciable qu'à l'analyse de tout le plan d'action.

En conclusion, la modélisation de l'approche écologique présentée dans cet article de même que l'instrument d'évaluation qui en découle nous apparaissent très prometteurs, cela autant pour l'élaboration que pour l'évaluation des programmes. Les opinions exprimées

par les professionnels démontrent que la grille d'analyse de la dimension écologique des programmes répond à un réel besoin des praticiens de la santé publique pour des outils qui les éclaireront sur les choix à faire en termes de ressources, de cibles et de milieux d'intervention.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement les professionnels qui ont participé à cette étude. Cette recherche a été financée par le PNRDS (# 6605-5256-002).

BIBLIOGRAPHIE

- Becker, M.H. (1986). The tyranny of health promotion. *Public Health Reviews, 14*, 15–23.
- Draper, P. (1991). *Health through public policy: The greening of public health*. London: Green Print.
- Eisen, A. (1994). Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly, 21*, 235–252.
- Evans, R.G. (1994). Introduction. Dans R.G. Evans, M.L. Barer, & T.R. Marmor (Éds.), *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter.
- Freedman, D. (1999). From association to causation: Some remarks on the history of statistics. *Statistical Science, 14*, 243–258.
- Gauvin, L., Lévesque, L., & Richard, L. (2001). Helping people initiate and maintain a more active lifestyle. Dans R.N. Singer, H.A. Hausenblas, & C.M. Janelle (Éds.), *Handbook of sport psychology* (pp. 718–739). New York: John Wiley & Sons.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach* (3ième éd.). Mountain View, CA: Mayfield.

- Green, L.W., & Richard, L. (1993). The need to combine health education and health promotion: The case of cardiovascular disease prevention. *Promotion et Education, (No. spécial)*, 11–17.
- Green, L.W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion, 10*, 270–281.
- Kaplan, G.A., Everson, S.A., & Lynch, J.W. (2000). The contribution of social and behavioral research to an understanding of the distribution of disease: A multilevel approach. Dans B.D. Smedley & S.L. Syme (Éds.), *Promoting health. Intervention strategies from social and behavioral research* (pp. 37–80). Washington, DC: Institute of Medicine.
- Kickbusch, I. (1986). Health promotion: A global perspective. *Canadian Journal of Public Health, 77*, 321–326.
- Lévesque, L., Richard, L., Duplantie, J., Gauvin, L., Cargo, M., Renaud, L., & Potvin, L. (2000). Un outil pour l'analyse de l'intervention en promotion de la santé: Une application au programme de la Carélie du Nord. *Ruptures, 7*, 114–129.
- Lichtenstein, E., & Glasgow, R.E. (1992). Smoking cessation: What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 518–527.
- Marmot, M.G. (1999). Introduction. Dans M.G. Marmot & R.G. Wilkinson (Éds.), *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- McKinlay, J.B. (1995). The new public health approach to improving physical activity and autonomy in older populations. Dans E. Heikkinen (Éd.), *Preparation for aging* (pp. 87–103). New York: Plenum Press.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15*, 351–377.
- Milio, N. (1987). Making healthy public policy; developing the science by learning the art: An ecological framework for policy studies. *Health Promotion, 2*, 263–274.

- Miller, J.G. (1978). *Living systems*. New York: McGraw-Hill.
- Miller, J.L., & Miller, J.G. (1992). Greater than the sum of its parts. I. Subsystems which process both matter-energy and information. *Behavioral Science, 37*, 1–9.
- Minkler, M. (1989). Health education, health promotion and the open society: An historical perspective. *Health Education Quarterly, 16*, 17–30.
- MSSS. (1994). *Plan d'action de lutte au tabagisme*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève: Auteur.
- Orleans, C.T. (2000). Promoting the maintenance of health behavior change: Recommendations for the next generation of research and practice. *Health Psychology, 19*, 76–83.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk*. London: Sage.
- Plough, A., & Olafson, F. (1994). Implementing the Boston Healthy Start Initiative: A case study of community empowerment and public health. *Health Education Quarterly, 21*, 221–234.
- Richard, L. (1996). Pour une approche écologique en promotion de la santé: Le cas des programmes de lutte contre le tabagisme. *Ruptures, 3*, 52–67.
- Richard, L., Breton, E., Lehoux, P., Martin, P., & Roy, D. (1999). La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé: Approche écologique et participation. *Revue canadienne de santé publique, 90*, 99–103.
- Richard, L., Gauvin, L., Potvin, L., Denis, J.-L., & Kishchuk, N. (2002). Making youth tobacco control programs more ecological: Organizational and professional profiles. *American Journal of Health Promotion, 16*, 267–279.

- Richard, L., Lehoux, P., Breton, E., Denis, J.-L., Labrie, L., & Léonard, C. (Sous presse). Implementing the ecological approach in tobacco control programs: Results of a case study. *Evaluation and Program Planning*.
- Richard, L., Lehoux, P., Denis, J.-L., Potvin, L., Breton, E., Labrie, L., & Léonard, C. (1999). *Implantation de l'approche écologique dans la programmation de réduction du tabagisme de deux directions de santé publique: Étude de cas*. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Richard, L., Potvin, L., Denis, J.-L., & Kishchuk, N. (2002). Integration of the ecological approach in tobacco programs for youth: A survey of Canadian public health organizations. *Health Promotion Practice*, 3, 397–409.
- 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, 318–328.
- Robertson, A., & Minkler, M. (1994). New health promotion movement: A critical examination. *Health Education Quarterly*, 21, 295–312.
- Schwab, M., & Syme, S.L. (1997). On paradigms, community participation, and the future of public health. *American Journal of Public Health*, 87, 2049–2051.
- 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, 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.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 282–298.

Stokols, D., Allen, J., & Bellingham, R.L. (1996). The social ecology of health promotion: Implications for research and practice. *American Journal of Health Promotion*, 10, 247–251.

Syme, S.L. (2000). Foreword. Dans L.F. Berkman & I. Kawachi (Éds.), *Social epidemiology* (pp. ix–xii). New York: Oxford University Press.

Trickett, E.J., & Mitchell, R.R. (1992). An ecological metaphor for research and intervention. Dans M.S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer, & J.S. Sigal (Éds.), *Community psychology and mental health* (pp. 13–28). New York: Gardner Press.

Eric Breton est titulaire d'une bourse de formation de 3ième cycle des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Lucie Richard, au moment de la réalisation de cette étude, était chercheur-boursier CRM (#H4-33565-AP007366); elle est maintenant chercheur-boursier FRSQ (#23187-2192).

Pascale Lehoux est chercheur-boursier du PNRDS (#6605-5359-48).

Louise Labrie est conseillère en promotion de la santé.

Claudine Léonard est agente de planification et de programmation.

