A B R É G É

Cet article vise à documenter les perceptions de professionnels en santé publique quant à deux dimensions du nouveau discours de la promotion de la santé : l'approche écologique et la participation des populations. La méthodologie implique la tenue de «groupes types» réunissant des professionnels (n = 22) d'une direction de santé publique du Québec. Les résultats indiquent une bonne intégration de l'approche écologique et de l'idéal de participation des populations à la pratique professionnelle des répondants. Plusieurs contraintes relatives au contexte de travail et aux formulations théoriques en cause sont toutefois susceptibles de limiter l'intégration de ces deux dimensions à la pratique.

A B S T R A C T

The aim of this paper is to explore public health professionals' perceptions regarding two dimensions of the new health promotion movement: the ecological approach and the principle of community participation. Data were collected by focus-groups of public health professionals (n = 22) in one Public Health Directorate in Québec. Results indicate a fair degree of integration of these two dimensions into the respondents' professional practice. However, limitations related to the work environment and to the theoretical underpinnings of these two components might impede the respondents' ability to integrate them into their practice.

La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation

Lucie Richard, PhD,¹ Éric R. Breton, MA,² Pascale Lehoux, PhD,³
Catherine Martin, MHS,⁴ Denis Roy, MD, MPH, MS, FRCPC⁵

Au Canada comme ailleurs, le champ de la santé publique connaît des changements profonds^{1,2} et l'émergence du nouveau mouvement de promotion de la santé n'est pas étranger à cette évolution.³ Depuis les réflexions initiales lancées par l'OMS et ses partenaires canadiens au milieu des années quatre-vingt,⁴⁻⁶ plusieurs réflexions et travaux ont visé à définir le concept de promotion de la santé et à en préciser les dimensions.⁷⁻¹¹ À ce jour, même s'il existe plusieurs définitions de la promotion de la santé, la plupart des auteurs s'entendent pour la définir comme un processus qui vise à accroître le contrôle que les individus et les communautés exercent sur la santé et les facteurs individuels et environnementaux qui l'influencent.¹² Une telle définition réfère d'emblée à deux dimensions parmi les plus souvent évoquées en ce qui a trait au concept de promotion de la santé. D'abord, la promotion de la santé souscrit

à une conception élargie de la santé et de ses déterminants allant au-delà des aspects personnels pour inclure les aspects sociaux et politiques. Conséquemment, l'intervention de promotion de la santé ne visera plus uniquement le changement des caractéristiques individuelles mais s'inspirera d'une vision écologique englobant l'action sur l'environnement organisationnel, communautaire et politique.¹³⁻¹⁵ En second lieu, le mouvement de promotion de la santé accorde une place centrale au développement des compétences et au concept «d'empowerment».^{12,16} L'adhésion à un tel concept, défini comme «a social action process that promotes participation of people, organizations, and communities towards the goals of increased individual and community control, political efficacy, improved quality of community life, and social justice» (voir la référence 17, p.198), confère une place centrale à la participation des communautés comme principe d'intervention en promotion de la santé.

La recension des écrits permet de constater l'intérêt généré par les notions d'approche écologique et de participation des communautés. Un nombre grandissant de travaux a visé à présenter des initiatives s'inspirant de ces deux éléments de pratique (voir par exemple les numéros spéciaux de *Health Education Quarterly* sur la participation en 1994 et de *American Journal of Health Promotion* sur l'approche écologique en 1996). Comme le soulignent plusieurs auteurs toutefois, leur actualisation dans la pratique quotidienne des professionnels en santé publique n'est pas sans poser certaines difficultés. La complexité de l'approche écologique et les difficultés liées à son opérationnalisation sur le terrain

1. Professeure-adjointe, Faculté des sciences infirmières et GRIS, Université de Montréal
2. Agent de recherche, Faculté des sciences infirmières et GRIS, Université de Montréal
3. Chercheuse adjointe, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal
4. Agente de planification socio-sanitaire, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
5. Responsable de la planification, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Cette étude a été réalisée grâce à une subvention à l'établissement de jeune chercheur accordée par le FRSQ (# 960153) à la première auteure et grâce à l'appui de la Direction de la santé publique Montréal-Centre. Lucie Richard est chercheure-boursière CRM (#H4-33565-AP007366). Pascale Lehoux est chercheure-boursière PNRDS (#6605-5359-48).

Correspondance et demandes de tirés-à-part : Lucie Richard, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal QC, H3C 3J7. Tél. : 514-343-7486, Téléc. : 514-343-2306. Courriel : Lucie.Richard@umontreal.ca

ont été évoquées.^{13,18} Également, les distinctions culturelles et politiques existant entre les professionnels et les membres des communautés ainsi que les structures organisationnelles dominantes ont été identifiées comme autant de contraintes freinant l'atteinte d'objectifs de participation des communautés.¹⁹⁻²² À ce jour, peu de données sont disponibles pour étayer ces assertions. Quelques travaux ont visé l'étude du degré d'intégration des dimensions écologique^{23,24} ou participative²⁵ dans les programmes et interventions de promotion de la santé. Une recherche a visé à documenter les dilemmes auxquels font face les acteurs de la communauté, les intervenants et les chercheurs en promotion de la santé dans le contexte précis de projets de recherche-action.²⁶ À notre connaissance toutefois, il n'existe pas de travaux rendant compte du point de vue des professionnels quant à l'intégration de l'approche écologique et du principe de participation à leur pratique. Afin de pallier cette lacune, nous avons voulu examiner ce qui en était sur le terrain en conviant à une réflexion sur ce thème un groupe de professionnels en santé publique à l'oeuvre dans la Direction de la santé publique (DSP) Montréal-Centre (voir encadré 1 pour une description de la DSP Montréal-Centre). Étape exploratoire visant ultérieurement un questionnement plus large, la présente étude visait deux objectifs : 1) documenter la perception des professionnels quant à l'intégration de l'approche écologique et de la participation des populations à la pratique et 2) identifier les défis posés par l'intégration de ces deux aspects à la pratique.

MÉTHODE

À l'hiver 1996, les professionnels impliqués dans la planification et/ou l'implantation d'interventions en promotion de la santé dans deux unités organisationnelles de la DSP Montréal-Centre (n = 53 professionnels) ont été conviés par lettre à des groupes de discussion abordant les thèmes de l'approche écologique et de la participation des populations. Afin de maintenir des effectifs facilitant la tenue de la discussion, les vingt-deux professionnels ayant répondu positivement ont été répar-

Encadré 1

La DSP Montréal-Centre est née, en avril 1993, du regroupement des effectifs des sept DSC de l'île de Montréal. Elle a été intégrée à la Régie régionale de Montréal-Centre, laquelle lui a confié le mandat d'assumer un leadership dans l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population.

Les effectifs de la DSP sont répartis principalement en cinq unités qui correspondent à autant de grands déterminants de la santé et du bien-être : écologie humaine et sociale, organisation et évaluation des services préventifs, santé au travail et environnementale, maladies infectieuses, habitudes de vie et santé du cœur. Viennent se greffer à ces unités thématiques un certain nombre de fonctions de soutien comme la planification, les communications, l'encadrement de la recherche et de l'enseignement ainsi que l'administration. L'équipe de planification intervient, entre autres, dans les domaines de la connaissance et de la surveillance de l'état de santé de la population, de l'évaluation des programmes et projets de santé publique et de la liaison générale avec les partenaires.

La réalisation du plan d'action de la DSP est tributaire d'une foule de collaborations avec des acteurs locaux, régionaux et suprarégionaux (Ministères provincial et fédéral de la santé, organismes communautaires, centres locaux de services communautaires, municipalités, commissions scolaires, services de police, etc) dont l'apport est essentiel à la réalisation d'actions efficaces et significatives sur les déterminants de la santé et du bien-être.

tis en trois groupes, en fonction de leur disponibilité. Le choix des deux unités organisationnelles retenues a été motivé par le fait qu'un bassin important de professionnels oeuvrant dans des projets de promotion de la santé y était rattachés. Aucune donnée ne permettant d'évaluer la présence d'éventuelles différences entre les participants et les non-participants, la représentativité de l'échantillon ne peut être établie et l'échantillon d'étude doit être qualifié d'échantillon de convenance.

La grille de discussion abordait quatre sujets : l'évolution de la pratique en promotion de la santé, l'intégration de l'approche écologique et de la participation des populations à la pratique, les barrières à l'intégration de ces deux dimensions, et les besoins de recherche et de formation reliés à la pratique en promotion de la santé. Toutes les discussions ont été animées par la première auteure. Un autre membre de l'équipe (ERB) était présent pour faciliter et prendre des notes sur le déroulement. Un court questionnaire était distribué avant le début de la discussion afin de recueillir quelques informations sur les caractéristiques personnelles des participants.

Les discussions, d'une durée moyenne d'une heure trente, ont été enregistrées et retranscrites. L'analyse a impliqué deux étapes : 1) codification initiale des verbatim en fonction des quatre sujets proposés et 2) pour chaque sujet, établissement de catégories d'énoncés en fonction des thèmes émergeant de la discussion. Tout le travail de codification et de catégorisation a été effectué en parallèle par deux membres de l'équipe (LR et ERB). Chaque divergence a fait l'objet d'une discussion entre les deux

codeurs jusqu'à l'obtention d'un consensus. Vu le caractère exploratoire de la recherche, l'analyse n'a pas visé à établir la fréquence des énoncés inventoriés pour chacune des catégories mais plutôt à décrire l'éventail des points de vue des participants. Toute la démarche analytique a été revue par un troisième membre de l'équipe (PL). Enfin, une rencontre avec les participants intéressés (n = 12) a visé la présentation et la validation des résultats obtenus.

RÉSULTATS

Caractéristiques des participants

Les participants détiennent en moyenne une douzaine d'années d'expérience en promotion de la santé, dont une majeure partie accumulée dans le réseau de la santé publique. Les types de formation représentés sont très diversifiés et recoupent la médecine (n = 5), les autres sciences de la santé (n = 8), l'activité physique (n = 3) et les sciences humaines (n = 4). L'âge moyen des participants est de 45 ans.

Contenu des discussions

Les participants sont nombreux à témoigner d'une évolution au sein de leur pratique au cours des dernières années. La place accrue accordée à la participation et, en particulier, au partenariat est sans conteste l'élément novateur le plus souvent évoqué. Des changements sont aussi rapportés au plan des clientèles, des cibles et des milieux d'interventions. Par exemple, le travail sur les habitudes de vie prend moins d'importance et de nouvelles cibles tel le politique sont maintenant visées. Globalement, une majorité parmi les par-

TABLEAU I
Les barrières à l'intégration de l'approche écologique

Contexte extra-organisationnel

- non-partage des priorités et approches d'intervention par les partenaires;
- usage démesuré de certains outils d'intervention au détriment des autres disponibles (ex. approche législative);
- restrictions budgétaires;
- morcellement des politiques entre différents secteurs ou la difficile intersectorialité.

Contexte organisationnel

- prédominance du paradigme bio-médical et des problématiques de santé physique;
- les changements en cours dans le système régional de santé publique*;
- modalités et stratégies de gestion (manque de cohérence entre les actions posées à différents niveaux de l'organisation, faible reconnaissance de l'expertise en promotion; recours aux contractuels, organigramme†);
- insuffisance des ressources (financières, humaines, temps);
- les impératifs d'évaluation notamment ce qui a trait à la nécessité d'indicateurs «mesurables».

Contexte individuel de la pratique

- connaissances et habiletés en regard de l'approche écologique jugées insuffisantes;
- incertitude liée aux changements de pratique (perte de contrôle, peur de s'éparpiller);
- difficulté à vivre la multidisciplinarité;
- potentiel de partenariat dans les communautés non complètement atteint.

Le modèle théorique

- lacunes conceptuelles (pas de pondération des éléments du modèle, complexité, dimension historique sous-appreciée);
- lacunes au niveau de l'opérationnalisation (modèle jugé trop «théorique»);
- temps requis.

* L'adoption d'un fonctionnement régional est jugée comme comportant des avantages indéniables. Mais sont regrettés les échanges plus informels et le contrôle plus étroit qu'impliquait un rapport plus direct avec les communautés.

† Le fait que l'organigramme implique un fractionnement des efforts de promotion et que n'y figure pas spécifiquement une unité regroupant l'expertise en promotion de la santé est vu comme une barrière.

TABLEAU II
Les barrières à la participation des communautés

Contexte extra-organisationnel

- méconnaissance du champ de la promotion de la santé;
- les valeurs individualistes dominantes peu compatibles avec l'idéal de participation;
- insuffisance en ressources des partenaires;
- problèmes de continuité chez les partenaires (roulement du personnel);
- complexité organisationnelle de certains partenaires*;
- difficultés à rejoindre certains groupes (groupes défavorisés, minorités ethniques);
- non-partage des priorités, valeurs, besoins, modèles d'intervention par les partenaires.

Contexte organisationnel

- les changements en cours dans le système régional de santé publique†;
- rigidité du processus bureaucratique encadrant la collaboration avec les organismes (échanciers, allocation des fonds);
- impératifs et outils de recherche et d'évaluation pas toujours partagés par les partenaires;
- adhésion partielle des acteurs de la santé publique au principe de participation.

Contexte de la pratique

- méconnaissance et difficulté à mettre en valeur l'expertise des partenaires;
- approche prescriptive dans les relations professionnels-partenaires de la communauté;
- manque de connaissances et d'outils (modes d'approche, habiletés de négociation, etc).

Les limites à la participation des populations

- participation pas toujours pertinente à chacune des étapes du processus de planification;
- le problème de la représentation des populations;
- participation peu réalisable au-delà de l'échelle locale;
- temps requis.

* La complexité organisationnelle des partenaires peut faire en sorte de réunir des interlocuteurs aux points de vue parfois divergents.

† La nouvelle appartenance des instances de santé publique à des régies régionales leur confère une position politique assortie d'un rôle de bailleurs de fonds. Ce nouveau rôle peut placer les intervenants en situation «de juge et partie» vis-à-vis leurs partenaires.

participants estiment que l'approche écologique et le principe de participation des populations sont assez bien intégrés à leur pratique actuelle.

Les tableaux I et II présentent respectivement les résultats relatifs aux barrières à l'intégration des dimensions écologique et participative à la pratique des professionnels. Dans les deux cas, les barrières évoquées ont été regroupées en quatre grandes catégories se rapportant aux contextes extra-organisationnel, organisationnel et au contexte individuel de pratique des professionnels. Le dernier type de barrière regroupe les énoncés inhérents aux deux dimensions étudiées.

Les tableaux III et IV présentent les besoins de recherche et de formation en lien avec la pratique. Plusieurs des éléments évoqués ont trait à des difficultés ou des questionnements soulevés à l'identification des barrières.

DISCUSSION

Globalement, les propos recueillis témoignent d'une intégration des dimensions écologique et participative à la pratique. Les efforts fournis se butent toutefois à des contraintes dont plusieurs sont déjà documentées : distance entre les professionnels et les communautés,^{16,19,20,22,27} influence des approches expérimentale et clinique au sein de la santé publique,²⁸ structures et cultures organisationnelles actuelles,^{21,26} lacunes dans la formation^{19,29} et dans les formulations théoriques sous-tendant les deux dimensions en cause.^{13,18,30}

Une lecture transversale des données recueillies révèle des ambivalences ou points de tension dans la pratique des participants. Premièrement, les professionnels sont appelés à jouer divers rôles au sein des partenariats les unissant aux communautés. Tantôt c'est l'expert qui est sollicité, tantôt, on attend plutôt un facilitateur demeurant à l'arrière-scène. De l'avis des répondants, l'intégration de la dimension participative et l'adoption d'un rôle de facilitateur commande que l'expertise des partenaires soit mieux comprise et davantage mise à profit, ce qui ne semble pas toujours le cas dans les pratiques actuelles. La prédominance d'une approche prescriptive, assimilée au paradigme médical de la santé publique, s'inscrit souvent en porte-à-faux avec l'idéal de participation :

«concernant le rôle d'expert, je dirais qu'il y a deux types. Tu

peux être un expert, à un niveau d'égal à égal, et un autre type d'expert, qui va prescrire. Et ce type, c'est très en ligne avec le modèle médical, pour prescrire des choses. Ça, je pense que c'est encore très très présent.»

Comme le montrent les résultats obtenus, d'autres facteurs liés à la structure organisationnelle (par exemple, les impératifs de recherche et d'évaluation et la rigidité du processus bureaucratique) ou au contexte individuel de pratique (par exemple, le manque de connaissances et d'outils) pourraient certes jouer un rôle dans la dominance d'une approche dite prescriptive. Du reste, les participants sont en questionnement par rapport à leur rôle d'expert et de facilitateur. Les conditions et contextes appropriés à l'un et à l'autre ont encore besoin d'être éclaircis.

Deuxièmement, le nouveau cadre régional de fonctionnement des instances de santé publique est perçu comme un atout favorisant l'adoption de nouveaux leviers d'action ainsi que le développement communautaire : «ça permet de mettre ensemble beaucoup de monde...de jouer sur de plus gros enjeux...d'avoir un impact plus grand.» En même temps, cette nouvelle réalité peut mettre l'intervenant en position délicate :

«On se retrouve juge et partie, parce que tu es partie avec tes partenaires, pour bâtir des dossiers, définir les actions, etc. Et tu te retrouves juge parce que l'autre soumet des projets à la direction de la santé publique. Tu te retrouves juge à apprécier ce qu'ils ont fait en partenariat avec toi. C'est très malaisé.»

Ici aussi, les conditions menant à l'actualisation optimale de cette nouvelle réalité restent à être précisées.

Troisièmement, tout en adhérant fortement aux idéaux véhiculés par l'approche écologique et le principe de participation, les professionnels expriment des inquiétudes quant à certaines lacunes théoriques des modèles conceptuels. Par exemple, du travail reste à faire en terme de conceptualisation du modèle écologique :

«...et quand on parle d'approche écologique, on a comme tendance

TABLEAU III
Les besoins de formation pour la pratique en promotion de la santé

I — Niveau général

- recherche-action;
- travail multidisciplinaire;
- formation axée sur les aspects pratiques;
- approche positive de la santé (vs. évitement des risques).

II — Niveau spécifique

- approche de réseautage;
- stratégies d'influence politique;
- action/mobilisation communautaire;
- interventions avec les groupes spécifiques (populations défavorisées, minorités ethnoculturelles);
- aspects éthiques.

TABLEAU IV
Les besoins de recherche en promotion de la santé

I — Niveau général

- nouvelles approches de recherche plus axées sur les besoins du terrain;
- méthodes plus souples et permettant d'appréhender la complexité des choses;
- rôle et spécificité de l'expertise du professionnel.

II — Niveau spécifique

- portrait de la pratique;
- effet du nouveau rôle de la DSP (organisme subventionnaire) sur le développement des interventions communautaires;
- hiérarchisation du modèle écologique;
- participation des groupes vulnérables;
- implantation de programmes dans les milieux défavorisés.

à mettre d'égale importance l'influence de chacun [des niveaux], comme si on pouvait influencer en même temps tout le monde. C'est pas vrai. Parce qu'il y a des instances dans la société, qui sont influençables que par certaines autres.»

Nonobstant ces considérations théoriques, les deux dimensions étudiées soulèvent aussi des questions liées à leur faisabilité. Davantage de balises pour l'opérationnalisation sont souhaitables.

Comme l'ont montré les échanges, plusieurs des solutions à ces points de tension convergent vers la recherche et la formation. À cet égard, plusieurs participants se montrent très critiques vis-à-vis les efforts actuels et réclament des initiatives répondant davantage aux besoins du terrain. En cela, ils font écho à des suggestions maintes fois exprimées.^{16,20} Par ailleurs, la confrontation de certaines barrières, notamment celles liées au contexte extra-organisationnel et à la réalité organisationnelle dans laquelle opèrent les professionnels, commande certes un niveau d'action plus large. Il est impérieux que ces questions demeurent à l'agenda des penseurs, gestionnaires et décideurs en santé publique.

Démarche préliminaire, la présente étude comporte certaines limites susceptibles de restreindre la portée des résultats. D'abord, vu les effectifs en cause, il n'a pu être possible de vérifier précisément l'étendue des perceptions et opinions exprimées. Ensuite, la généralisabilité des résultats à d'autres DSP reste à établir. Aussi, alors que le choix d'utiliser les «focus groups» se justifie dans le contexte d'une démarche visant l'exploration d'un nouveau champ de recherche,³¹ il reste que cette stratégie n'a pas toujours favorisé un approfondissement des points de vue. La tenue d'entrevues individuelles pourrait certes enrichir l'analyse. Enfin, il est important de rappeler que les deux dimensions étudiées ne constituent pas les éléments uniques d'une définition de la promotion de la santé. D'autres dimensions tel, par exemple, l'accent mis sur la communauté⁸ pourraient aussi faire l'objet de discussions. Malgré ces limites, la présente étude est importante en ce qu'elle s'inscrit parmi les trop rares travaux examinant la pratique des professionnels en promotion de la santé. Les données ici recueillies, alliées à des opinions émises antérieurement, confirment le besoin pressant d'enrichir les savoirs en ce domaine.^{16,21,32}

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement les professionnels qui ont participé aux discussions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Morin R, Roy G. La dispensation des services de santé publique : proposition d'un cadre de référence. *Can J Public Health* 1996;87(1):32-36.
2. Frenk J. The new public health. *Annu Rev Public Health* 1993;14:469-90.
3. Kickbusch I. Health promotion: A global perspective. *Can J Public Health* 1986;77:321-26.
4. Épp J. La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Ottawa : Santé et bien-être social Canada, 1986.
5. Organisation mondiale de la santé. Health Promotion. A Discussion Document on the Concept and Principles. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, 1984.
6. Organisation mondiale de la santé, Santé et bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Can J Public Health* 1986;77:425-30.
7. Ancil H, Martin C. La promotion de la santé: une perspective, une pratique. *Santé Société, collection promotion de la santé* 1988; 1.
8. Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company, 1991.
9. Macdonald G, Bunton R. Health promotion: Discipline or disciplines? dans: R. Bunton et G. Macdonald, *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Londres : Routledge, 1991; pp 6-19.
10. O'Neill M, Cardinal L. Health Promotion in Québec: Did it ever catch on? Dans: A. Pederson, M. O'Neill, I. Rootman, *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*. Toronto: W.B. Saunders, 1994; 262-83.
11. Stachenko S, Jenicek M. Conceptual differences between prevention and health promotion: Research implications for community health programs. *Can J Public Health* 1990;81:53-59.
12. Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation. Dans : Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al., *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, sous presse.
13. Green LW, Richard L, Potvin L. Ecological foundation of health promotion. *Am J Health Prom* 1996;10(4):270-81.
14. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q* 1988;15(4):351-77.
15. Stokols D, Allen J, Bellingham RL. The social ecology of health promotion: Implications for research and practice. *Am J Health Prom* 1996;10(4):247-51.
16. Labonte R. Health promotion and empowerment: Reflection on professional practice. *Health Educ Q* 1994;21(2):253-68.
17. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *Am J Health Prom* 1992;6(3):197-205.
18. Freudenberg N, Eng E, Flay B, et al. Strengthening individual and community capacity to prevent disease and promote health: In search of relevant theories and principles. *Health Educ Q* 1995;22(3):290-306.
19. Levin LS, Ziglio E. Health promotion as an investment strategy: Considerations on theory and practice. *Health Prom Int* 1996;11(1):33-39.
20. Minkler M. Challenges for health promotion in the 1990s: Social inequities, empowerment, negative consequences, and the common good. *Am J Health Prom* 1994;8(6):404-13.
21. Nettleton S, Burrows R. If health promotion is everybody's business what is the fate of the health promotion specialist? *Sociology of Health and Illness* 1997;19(1):23-47.
22. Robertson A, Minkler M. New health promotion movement: A critical examination. *Health Educ Q* 1994;21(3):295-312.
23. Perreault R, Roy D, Renaud L. Promotion de la santé: un exercice de mise en application de la Charte d'Ottawa. *Can J Public Health* 1992;83(1):34-37.
24. Richard L, Potvin L, Kishchuk N, et al. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *Am J Health Prom* 1996;10(4):318-28.
25. Green LW, George MA, Daniel M, et al. Recherche participative et promotion de la santé : bilan et recommandations pour le développement de la recherche participative en promotion de la santé au Canada. Ottawa : Société royale du Canada, 1995.
26. Boutilier M, Mason R, Rootman I. Community action and reflective practice in health promotion research. *Health Prom Int* 1997;12(1):69-78.
27. Colin C, Ouellet F, Boyer G, Martin C. *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Éditions Saint-Martin, 1992.
28. Dean K, Hunter D. New directions for health: Towards a knowledge base for public health action. *Soc Sci Med* 1996;42(5):745-50.
29. O'Neill M. The political dimension of health promotion work. Dans : Martin C, McQueen DV, *Reading for a New Public Health*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1989;222-34.
30. Cook HL, Coeppinger J, Brunk S, et al. A reexamination of community participation in health: Lessons from three community health projects. *Family and Community Health* 1988;11(2):1-13.
31. Morgan DL. *Focus group as a qualitative research*. Qualitative research methods series. Vol. 16. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988.
32. Raphael D, Steinmetz B. Assessing the knowledge and skill needs of community-based health promoters. *Health Prom Int* 1995;10(4):305-15.

Reçu : 16 janvier 1998

Accepté : 16 octobre 1998

Sun Safe Play, Everyday

Don't miss this wonderful educational video for children, brought to you by the Canadian Dermatology Association

May 17-24, 1999 is Sun Awareness Week! For most, sun exposure is greatest during childhood, so it is essential for children to be protected from the harmful UV rays at all times — at home, at daycare, and at school.

To help deliver this message, the Canadian Dermatology Association invites you to purchase "Sun Safe Play, Everyday!", a four-minute educational video, produced to teach young children about the importance of sun protection. Sing along with Guy and his dog, Norman, as they learn about the many ways we can play safe in the sun! We encourage you to play this video for the young children in your care, and discuss the importance of sun safety practices with them. It's a fun way to get a head start on good sun protection for life!

Available in English and French, the video costs \$9.95, including GST and shipping and handling (discounts available on bulk orders).

To order, contact the Canadian Public Health Association's Health Resources Centre, 400-1565 Carling Avenue, Ottawa, Ontario, K1Z 8R1, Tel: 613-725-3769, ext. 190, Fax: 613-725-9826, E-mail: hrc/cds@cpha.ca. All orders must be prepaid. VISA and MasterCard accepted.

Along with the video, you will receive a tip sheet including ways to play safe in the sun and activity ideas. For further educational materials, including brochures such as *Sun Facts, Your Kids and the Sun*, and other informative documents on sun safety, please call 1-800-267-DERM.
Aussi disponible en français.