A B R É G É

Le présent article décrit la mise en oeuvre et l'évaluation d'une intervention mise de l'avant dans le cadre d'un programme communautaire et multifactoriel en santé du coeur. L'intervention consiste à offrir à une clientèle défavorisée et peu scolarisée six vidéocassettes sur la santé cardiovasculaire par l'intermédiaire de cinq vidéoclubs. Tous les vidéoclubs (n = 5) du quartier Saint-Henri/Petite Bourgogne ont accepté de distribuer gratuitement les vidéocassettes. Deux composantes sont examinées : la recevabilité de l'intervention auprès des propriétaires de vidéoclub et la réceptivité de la clientèle. Les résultats démontrent que tous les vidéoclubs ont offert un emplacement et un service de prêt gratuit des vidéocassettes. En quatre mois, 212 personnes ont emprunté l'une ou l'autre des vidéocassettes. L'article présente également une discussion sur la faisabilité et les possibilités d'élargissement de ce type d'action.

A B S T R A C T

The present article describes the implementation and the evaluation of an intervention done in the context of a heart health community and multifactorial program. The intervention aimed to offer six videocassettes on cardiovascular health to a low-income and low-educated clientele through five video-clubs. All video-clubs (n = 5) from St. Henri/Petite Bourgogne agreed to distribute the videocassettes free of charge. Two components were examined: admissibility by video-clubs' owner and clientele's receptivity towards the intervention. Results showed that all video-clubs offered free display and service for the videocassettes. The article also presents a discussion of the feasibility and the possibilities to broaden this type of action.

Recherche évaluative sur la distribution de vidéocassettes santé destinées à une population défavorisée de Montréal

Nicole S. Beaudet, MSc,¹ Lise Renaud, PhD^{1,2}

Les outils de communication de type audio-visuel constituent une stratégie de choix pour rejoindre certaines clientèles à risque et pour engendrer un changement socio-sanitaire (sensibilisation, changement d'attitudes et de comportements).^{1,2} Cette stratégie contribue à donner aux personnes ayant des difficultés à lire et à écrire un plus grand contrôle sur leur vie.^{1,3-7}

L'examen de la littérature sur l'efficacité des vidéocassettes comme stratégie d'intervention auprès des populations analphabètes ou peu scolarisées est difficile en l'absence de mots-clés standardisés pour les termes reliés à l'audio-visuel. Gagliano⁸ a réussi à consulter 20 études sur le sujet. À la lumière de ces différentes études, elle constate que visionner des vidéocassettes augmente la rétention à court terme et s'avère plus efficace que les méthodes traditionnelles telles que l'information écrite et les consultations individuelles. Les autres avantages liés à l'utilisation^{8,9} sont le coût modeste de production des vidéocassettes et la possibilité de rejoindre un plus large auditoire dont celui notamment des personnes analphabètes.

Une étude de Statistique Canada (1992) auprès des ménages québécois révèle que 73 % d'entre eux possèdent un magnétoscope.¹⁰ Une consultation communautaire (1992) menée auprès de 26 femmes de 18 à 50 ans du quartier montréalais Saint-

Henri/Petite Bourgogne nous apprend que 19 (73 %) d'entre elles possèdent un magnétoscope à la maison et que 17 (65 %) d'entre elles louent régulièrement des vidéocassettes.^{11,12} Bien que l'échantillon soit petit, les résultats concordent avec les données de Statistique Canada.

Seulement quelques expériences auprès de vidéoclubs sont rapportées dans la littérature. L'une d'elles porte sur la prévention du sida et utilise une vidéocassette dans 15 vidéoclubs.¹³ Les résultats de l'évaluation démontrent que la majeure partie des personnes rejointes (80 %) sont de jeunes adultes (15 à 34 ans) avec des revenus « faibles » à « moyens » (moins de 35 000 \$). Une autre recherche effectuée par *The Center for Disease Control National AIDS Information and Education Program*¹⁴ a également misé sur une campagne de prévention dans laquelle le centre prête gratuitement à une chaîne de vidéoclubs des vidéocassettes éducationnelles. Les résultats d'évaluation du projet ne sont pas encore disponibles.

Malgré le peu d'expériences recensées, nous postulons qu'il est faisable de rejoindre la population-cible avec la collaboration des vidéoclubs. Dans les paragraphes suivants, nous décrirons la conception et l'implantation de l'intervention de même que les résultats de l'évaluation.

Description de l'intervention

L'intervention « Ma santé j'y vois » consiste à distribuer six vidéocassettes traitant des thèmes reliés à la prévention des maladies cardiovasculaires soit l'activité physique, l'alimentation, le stress, le rire et le tabagisme via les vidéoclubs. La Direction de la santé publique de Montréal-Centre a conçu ces vidéocassettes avec l'aide de différentes ressources du

1. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Unité Habitudes de vie / Santé du coeur
2. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Correspondance : Nicole Beaudet, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 4835, av. Christophe-Colomb, Montréal (Québec) H2J 3G8, Tél. : 514-528-2400, poste 3483

Cette recherche est subventionnée par le Programme national de recherche et de développement en santé (PNRDS) (66053581-H) et par le Centre de Recherche en promotion de la santé du Québec.

quartier Saint-Henri/Petite Bourgogne, quartier défavorisé montréalais. Une évaluation antérieure a permis de s'assurer que le contenu était accessible à la clientèle ciblée.^{11,12}

La première étape de l'intervention vise à établir une collaboration avec les propriétaires des cinq vidéoclubs afin de rendre disponible l'information sur la santé cardiovasculaire auprès des 23 360 résidents d'un quartier montréalais défavorisé et analphabète, St-Henri/Petite Bourgogne. Cette collaboration implique que la Direction de la santé publique fournisse les vidéocassettes et assume la publicité reliée à la promotion du matériel. En retour, les vidéoclubs s'engagent à faciliter le déroulement de l'intervention en acceptant de mettre les vidéocassettes sur leur étalage, de les louer gratuitement, d'accorder un espace pour apposer les affiches ainsi que de distribuer et de recueillir un questionnaire aux emprunteurs.

Dès le premier contact, les cinq vidéoclubs du quartier ont manifesté un intérêt pour l'intervention. Tous se disent sensibilisés à la promotion de la santé cardiovasculaire et prêts à coopérer. Le projet s'est échelonné sur quatre mois de novembre 1993 à février 1994.

Trois stratégies publicitaires ont été mises de l'avant afin de promouvoir l'intervention : parution d'un article dans les journaux locaux et régionaux, diffusion d'une annonce dans deux feuillets d'information santé envoyés par courrier dans tous les foyers du quartier et affichage promotionnel dans les endroits publics.

ÉVALUATION

Méthodes

L'évaluation de l'intervention est réalisée à partir de plusieurs sources d'information : journal de bord, observations dans les vidéoclubs, questionnaires auto-administrés, feuilles de compilation. Le tableau I fait une synthèse des sources d'information, des activités évaluées et du type d'informations recueillies.

Inspirée de l'évaluation auprès des restaurateurs réalisée par Renaud et Demers,¹⁵ l'évaluation porte principalement sur la faisabilité du projet vue sous deux angles :

1) la recevabilité, c'est-à-dire :

- si les propriétaires de vidéoclubs acceptent de distribuer gratuitement des vidéocassettes sur la santé cardiovasculaire ;

2) la réceptivité, c'est-à-dire :

- si la population du quartier défavorisé Saint-Henri/Petite Bourgogne s'avère intéressée à emprunter des vidéocassettes portant sur la santé cardiovasculaire.

Concernant la recevabilité, les notes recueillies dans le journal de bord de l'intervenante permettent d'évaluer la participation des propriétaires, les activités promotionnelles et l'ensemble du projet. Ces informations servent à identifier les obstacles et les facteurs facilitant l'adoption de l'intervention. Une période d'observation de deux heures dans trois des vidéoclubs donnent l'opportunité d'évaluer partiellement la distribution et la promotion tant au niveau de la disposition des affiches et des vidéocassettes qu'au niveau des relations employés-consommateurs.

En ce qui a trait à la réceptivité, une compilation des sorties des vidéocassettes par vidéoclub nous informe sur le nombre d'emprunts et sur les goûts des consommateurs quant au choix des vidéocassettes. L'observation dans les vidéoclubs permet de vérifier les comportements d'emprunt des consommateurs. Le questionnaire auto-administré nous fournit des renseignements démographiques et nous informe sur la satisfaction des répondants.

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

L'analyse de l'évaluation de l'intervention se fait en intégrant une à l'autre les informations des différentes sources afin de dégager les conditions favorables et défavorables à une telle intervention.¹⁶

Recevabilité

L'ouverture manifestée par les cinq vidéoclubs dès le premier contact téléphonique augure bien des étapes subséquentes, c'est-à-dire la signature de l'entente, la négociation de la commandite et la distribution. Cependant, un seul vidéoclub respecte l'entente du début à la fin de l'intervention en ce qui concerne la mise en place de l'affiche et des vidéocas-

settes. Les quatre autres vidéoclubs ont besoin d'encouragement pour apposer l'affiche et placer les vidéocassettes sur les rayons. Un important roulement de personnel dans un des vidéoclubs complique le suivi de l'intervention. De plus, nous notons durant la période d'observation que même en notre présence les employés des vidéoclubs oublient approximativement une fois sur quatre de remettre le questionnaire aux emprunteurs.

Les périodes d'observation permettent d'apporter des modifications à l'intervention. Ainsi, nous remarquons qu'en entrant dans les vidéoclubs, les consommateurs se dirigent presque toujours à la section nouveautés. Afin d'augmenter la visibilité de notre matériel nous demandons aux propriétaires de deux vidéoclubs de placer les vidéocassettes dans cette section. Deux semaines plus tard, nous constatons une nette augmentation des sorties dans un des deux vidéoclubs qui a adopté cette stratégie puisque les locations y passent de zéro à quatorze. Par contre, dans le deuxième vidéoclub, la fréquence de sortie demeure inchangée.

Réceptivité

La publicité externe par envoi postal s'avère être la plus fructueuse pour inciter la population à louer les vidéocassettes. Cette publicité mise surtout sur le visuel pour s'adapter à une population analphabète et souligne la gratuité de la location. En effet, un des propriétaires nous avise qu'aussitôt après la diffusion d'une annonce dans le feuillet, les vidéocassettes connaissent une recrudescence de popularité. Les clients se présentent au vidéoclub feuillet en main. De 10 locations aux cours des deux premières semaines de l'intervention dans ce vidéoclub, nous passons à 50 pour les deux semaines suivant la parution du feuillet. Le feuillet semble avoir été efficace pour attirer la clientèle dans un seul vidéoclub. Nous expliquons ce fait par l'achalandage plus important de ce vidéoclub et par sa situation géographique centrale dans le quartier.

Les compilations manuelles ou informatiques des vidéocassettes par vidéoclubs indiquent le nombre de sorties (tableau II). Nous dénombrons quelque 212 emprunts. Dans l'ensemble, le thème du rire a suscité

TABLEAU I
Synthèse des sources d'information utilisées pour l'évaluation

Sources	Activités évaluées	Types d'informations recueillies
Journal de bord	<ul style="list-style-type: none"> participation des vidéoclubs activités promotionnelles ensemble du projet 	<ul style="list-style-type: none"> type de collaboration avec les propriétaires, gérants et employés besoins en termes de matériel promotionnel recension des interventions médiatiques zone de collaboration zone de résistance
Observations dans les vidéoclubs	<ul style="list-style-type: none"> distribution et promotion 	<ul style="list-style-type: none"> dispositions des affiches et des vidéocassettes comportements des consommateurs comportements des employés
Questionnaires	<ul style="list-style-type: none"> visionnement des vidéocassettes par les emprunteurs 	<ul style="list-style-type: none"> caractéristiques démographiques des emprunteurs dans les vidéoclubs satisfaction
Feuilles de compilation	<ul style="list-style-type: none"> compilation des emprunts des vidéocassettes par vidéoclub 	<ul style="list-style-type: none"> données quantitatives sur le nombre d'emprunts des vidéocassettes et le goût des consommateurs

TABLEAU II
Nombre de sorties par vidéocassettes

Vidéocassettes/thèmes	Vidéoclub					Total
	I	II	III	IV	V	
Facteurs de risque combinés	1	3	1	6	15	26
Tabac	3	3	4	12	21	43
Stress	1	2	4	7	14	28
Alimentation	1	4	2	12	15	34
Activité physique	2	3	3	7	15	30
Rire (stress)	2	9	2	14	24	51
Total	10	24	16	58	104	212

Source : Compilations manuelles et informatiques provenant des vidéoclubs.

TABLEAU III
Comparaison entre les données sociodémographiques de l'intervention et celles de l'enquête de base du programme Coeur en santé

Variables	Enquête de base du programme Coeur en santé n=849 %		Emprunteurs de vidéocassette n=56 %		Valeur de p
Âge					
18-24	275	32,7	10	18	<0.0005‡
25-44	244	29,0	37	66	
45-65	322	38,3	9	16	
Hommes					
18-24	145	36,4	4	14	<0.0005¶
25-44	112	28,1	23	82	
45-65	141	35,4	1	4	
Femmes					
18-24	132	29,9	6	21	0.071§
25-44	130	29,3	14	50	
45-65	181	40,8	8	29	
Occupation					
Travail	468	55,1	27†	48	0.419††
Sans emploi*	373	43,9	28	50	

Source : Direction de la santé publique de Montréal-Centre. « Coeur en santé » (1995). Awareness and Participation Survey II. Programme Coeur en santé, Hôpital général de Montréal, Montréal, Québec. Questionnaires passés en 1994.

* Sans emploi inclut les gens à la recherche d'un emploi, aux études, à la retraite ou recevant des prestations d'assurance chômage ou de bien-être social.

† Les deux totaux ne donnent pas 100 % puisqu'une personne n'a pas répondu à cette question.

‡ χ^2 (2, n=56) = 33,62

¶ χ^2 (2, n=56) = 35,71

§ χ^2 (2, n=56) = 5,30

†† χ^2 (1, n=56) = 0,652

le plus grand intérêt suivi dans l'ordre du tabac, de l'alimentation, de l'activité physique et du stress.

Soixante-quatorze individus ont rempli le questionnaire, soit un taux de réponse de 34 %. Ces individus ont regardé les vidéocassettes avec 133 autres personnes. Nous estimons donc que 345 personnes (212 emprunteurs plus 133 autres personnes mentionnées dans les questionnaires) ont visionné une ou plusieurs des vidéocassettes. Toutefois, ce chiffre est sous-estimé puisque près du deux tiers des emprunteurs n'ont pas retourné le questionnaire.

Nous avons exclu de l'analyse des données sociodémographiques six questionnaires que nous savions avoir en double et quatre remplis par des personnes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans. Notre population cible est constituée d'adultes de 18 à 65 ans (n=64). Nous constatons que 55 % d'hommes et 45 % de femmes ont complété le questionnaire. La majorité (87 %) des répondants demeurent dans le quartier ciblé et sont âgés de moins de 44 ans (86 %). La moitié des répondants sont sur le marché du travail, 19 % à la maison, 9 % aux études, 14 % reçoivent des prestations de bien-être social et 3 % des prestations d'assurance chômage.

Afin de vérifier si la population rejointe par l'intervention est représentative de la population du quartier, nous comparons les données sociodémographiques des emprunteurs de l'intervention avec celles d'une enquête effectuée auprès de 800 adultes du quartier.^{2,17-19} Pour réaliser cette comparaison, nous avons retiré huit questionnaires d'emprunteurs ne provenant pas du quartier (n=56). Nous constatons que la distribution par groupe d'âge des hommes est significativement différente (tableau III). Par contre, pour la distribution par groupe d'âge des femmes, nous n'observons pas de différence significative. La différence entre l'âge de la population de l'intervention et celle de la population de l'enquête semble donc s'expliquer par le fait que l'intervention a rejoint une grande proportion d'hommes entre 25 et 44 ans. Cette information vient confirmer l'étude de Lenden¹⁰ qui stipule que la clientèle des vidéoclubs est un peu plus masculine que la population en général et composée à

90 % de personnes âgées de moins de 44 ans. Pour la variable « occupation », nous n'observons pas de différence significative. Le fait de diviser cette variable en deux seules catégories limite l'interprétation que nous pouvons faire de ce résultat.

La majorité des emprunteurs ayant complété le questionnaire (n=74) ont regardé les vidéocassettes au complet. À la question « *Avez-vous aimé la vidéocassette ?* » 63 (85 %) des emprunteurs ont répondu oui, 5 (7 %) plus ou moins, 4 (5 %) non et 2 (3 %) se sont abstenus de répondre. Les réponses divergent davantage en ce qui concerne l'acquisition de connaissances. En effet, 36 (49 %) des emprunteurs disent avoir appris beaucoup, 30 (40 %) un peu, 5 (7 %) rien du tout et 4 (5 %) n'ont pas répondu.

DISCUSSION

Les questions de recevabilité et de réceptivité sont examinées dans cet article afin d'évaluer la faisabilité de cette intervention. Ces questions sont abordées sous l'angle de la participation des vidéoclubs et sous celui des consommateurs.

Que dire de la réceptivité des vidéoclubs ?

La participation du milieu vidéoclub est un élément essentiel à une stratégie de distribution de matériel éducatif ou promotionnel.²⁰ Elle s'exprime en terme de collaboration avec les organismes partenaires. Dans cette intervention, tous les propriétaires de vidéoclubs ont manifesté spontanément un intérêt pour l'intervention. Le fait que l'entreprise privée accepte de libérer gratuitement un espace pour du matériel promotionnel de santé laisse entrevoir que la santé devient une préoccupation qui déborde de l'environnement médical habituel. Quatre vidéoclubs sur cinq se disent prêts à poursuivre la distribution et la promotion de vidéocassettes sur différents sujets de santé. Nous croyons, toutefois, que ce type d'intervention ne peut être viable à long terme que s'il demande peu de temps, d'espace et d'effort de la part des employés et des propriétaires de vidéoclubs.

Afin d'améliorer la participation des vidéoclubs dans une intervention ultérieure, il s'avère essentiel de planifier

des séances d'information pour les employés. Les employés impliqués dès le début du processus se sentiront probablement plus enthousiastes et plus intéressés à coopérer. L'atmosphère du magasin et une suggestion d'un employé peuvent facilement amener un consommateur à emprunter une vidéocassette.^{11,18}

L'emplacement réservé aux vidéocassettes a aussi une grande importance et doit être l'objet des premières négociations avec les propriétaires de vidéoclubs. Les consommateurs peuvent décider de prendre une vidéocassette tout simplement parce qu'elle se trouve sur leur passage ou dans la section des nouveautés.

Enfin, trois raisons majeures semblent expliquer le nombre d'emprunts plus élevé dans un des vidéoclubs : sa situation géographique (centre du quartier), la clientèle constituée presque uniquement de gens du quartier, l'emplacement des vidéocassettes dans la section nouveautés pendant toute la durée de l'intervention.

Que dire de la recevabilité de la population-cible ?

L'intervention a rejoint en quatre mois au moins 347 personnes dont la majorité sont de jeunes adultes. Une proportion de 83 % de répondants (n=74) aux questionnaires ont aimé les vidéocassettes et 49% disent avoir acquis des connaissances. Ce degré de satisfaction constitue un facteur de renforcement pour emprunter à nouveau d'autres vidéocassettes et, par conséquent, augmenter l'accès à l'information. Nous retenons aussi que les gens ont choisi en plus grand nombre les vidéocassettes traitant du rire et du tabagisme. Il semble donc important d'inclure l'humour à la santé puisque les gens cherchent d'abord à se détendre. Par ailleurs, « Partir en fumée » a été sélectionnée plusieurs fois; est-ce que cette sélection indique la préoccupation tabagique du consommateur, soit d'avoir de l'information, soit de vouloir arrêter ? Dans une prochaine intervention il serait intéressant d'investiguer davantage les prédicteurs à l'emprunt de certaines vidéocassettes.

Nous constatons aussi que seulement le tiers des emprunteurs dans les vidéoclubs ont retourné le questionnaire. Compte tenu des ressources limitées du projet nous

avons choisi un questionnaire auto-administré, facile à lire et à répondre. Malgré ces caractéristiques, peu de gens ont répondu. Un questionnaire, même écrit simplement, semble donc rébarbatif pour une population peu scolarisée. De plus, cette façon de procéder nous rend dépendant de la bonne coopération des employés des vidéoclubs.

N'aurait-il pas mieux valu retenir une forme d'évaluation qui n'implique pas de questionnaires ou de documents écrits ? Les propriétaires des vidéoclubs avaient établi, dès le départ, qu'ils leur étaient impossible de nous communiquer, pour des raisons de confidentialité évidentes, les noms et numéros de téléphone des emprunteurs. Placer un intervieweur à la sortie des vidéoclubs nous apparaissaient trop coûteux en temps et en argent. Enfin notre choix de cueillette de données limite les informations que nous pouvons demander. Étant donné que les vidéoclubs remettent et recueillent les questionnaires, il devient délicat de poser certaines questions sur les caractéristiques sociodémographiques. Par souci de préserver la vie privée des gens, nous avons donc exclu les questions portant sur le revenu et la scolarité. Ces deux caractéristiques devraient être recueillies d'une autre façon dans une prochaine intervention de ce type.

CONCLUSION

Dans le cadre du projet communautaire et multifactoriel Coeur en santé Saint-Henri/Petite Bourgogne, l'une de nos interventions consistait à rendre disponible de l'information sur la santé du cœur via des vidéocassettes distribuées gratuitement par les vidéoclubs du quartier. Nous pensions qu'en obtenant la collaboration des vidéoclubs, nous pouvions atteindre des gens peu scolarisés et économiquement plus démunis. De cette façon, nous espérions faire un pas vers l'égalité d'accès aux services préventifs.

Ce type d'intervention nécessite la participation du secteur privé : les vidéoclubs. L'enthousiasme du départ des propriétaires de vidéoclub et leur intérêt à renouveler l'expérience nous suggèrent que ce canal de distribution devrait être davantage utilisé. Les vidéoclubs pourraient être considérés

comme des partenaires privilégiés dans un monde où l'image a préséance sur l'écrit. D'autant plus que dans une perspective communautaire, les vidéoclubs sont des éléments bien insérés dans la vie d'un quartier. Leur essor depuis dix ans le démontre bien.

L'intervention « Ma santé, j'y vois » demeure une étude exploratoire. Elle nous donne quelques indications sur la possibilité de rendre accessible à une population donnée des vidéocassettes traitant de sujets de santé. Elle laisse place à d'autres études plus approfondies sur le sujet.

Enfin, les résultats que nous jugeons positifs nous amènent à souhaiter la répétition de ce type d'intervention. On pourrait utiliser d'autres thèmes, élargir la population-cible et explorer davantage les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs des vidéoclubs ainsi que la motivation des clients à emprunter des vidéocassettes. Toutefois pour augmenter l'efficacité d'une telle intervention, nous recommandons de reprendre l'expérimentation en misant davantage sur les rencontres avec le personnel des vidéoclubs, en axant la promotion de l'intervention sur du matériel adapté à une population peu scolarisée et en développant une évaluation autre qu'écrite.

BIBLIOGRAPHIE

1. Green L, Kreuter MW. *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Mountain View, CA : Mayfield Publishing Company, 1991.
2. Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre. Coeur en Santé. Awareness and Participation Survey II. Programme Coeur en santé, Hôpital général de Montréal, Montréal, Québec, janvier 1995.
3. Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) et Collège Frontier. Projet d'alphabétisation et santé : première étape. Rendre le milieu plus sain et sans danger pour les personnes qui ne savent pas lire. Rapport de recherche, Toronto, Ontario, 1990.
4. Kaplan A, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: A review of the literature. *American Health Association Medical/Scientific Statement*, 1993;88(4) Part 1:1973-98.
5. Cochrane SH, et autres. The Effects of Education on Health. Série Documents de travail, no 405, Washington, DC: La Banque mondiale, 1980.
6. Renaud L. Recherche-action sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux pour les personnes analphabètes. Montréal, Québec, 1993.
7. Terry JH, et autres. Focus group responses of potential participants in a nutrition education program for individuals with limited literacy skills. *J Am Diet Assoc* 1994;94(7):744-48.
8. Gagliano ME. A literature review on the efficacy of video in patient education. *Journal of Medical Education* 1998;63:785-91.
9. Clabots RB, Dolphin D. The multilingual videotape project: Community involvement in a unique health education program. *Public Health Rep* 1992;107(1):75-80.
10. Statistiques Canada. L'équipement ménager. Catalogue 64-602, Ottawa, Ontario: Statistiques Canada, 1992.
11. Lenden L. *De la salle au foyer : une étude sur le public des longs métrages au Québec*. Institut québécois du Cinéma, Montréal, Québec, 1992.
12. Chetochine G. *Marketing stratégique de la distribution*. Paris, France : Éditions Liaisons, 1992.
13. Forget G. La mise en marché. *Santé Société* 1991;13(2):59-61.
14. Scarlett MI, Williams KR. A private organisation and public agency partnership in community health education. *Public Health Rep* 1991;106(6):667-72.
15. Renaud L, Demers A. Quelques enjeux d'une intervention de marketing nutritionnelle dans les restaurants de Montréal. *Rev can santé publique* 1992;83(1):24-30.
16. Cook FD, Reichardt CS. *Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research*. Beverly Hills, California: Sage Publication, 1989.
17. Département de Santé Communautaire de l'Hôpital Général de Montréal. Coeur en Santé Saint-Henri : A Multifactorial Community-Based Heart Health Promotion Program in a Low Income Urban Neighbourhood. Evaluation Protocol Phase II, Montréal, Québec, Octobre 1993.
18. Dupont L. *1001 trucs publicitaires*. Montréal, Québec : Collection les affaires, 1990.
19. O'Loughlin J, Paradis G, Kishchuk N, et al. Coeur en santé St-Henri: A heart health promotion program in Montreal, Canada: Design and methods for evaluation. *J Epidemiol Commun Health* 1995;49:495-502.
20. Flay BR, et autres. Mass media in health promotion: An analysis using an extended information-processing model. *Health Educ Q* 1980; Summer:127-46.

Reçu : 20 juin 1996

Accepté : 20 mars 1998

TWO NEW NUTRITION TRAINING MANUALS NOW AVAILABLE FROM TORONTO PUBLIC HEALTH

Cooking Healthy Together

This 200-page manual is an excellent training resource for community cooking programs. Leaders may select from eight lesson plans: Soups and Stews, One Dish Meals, Pasta, Stir Fries, Fun Foods, Salads, Desserts, and Snacks. Each lesson includes learning objectives, activities, resources, and key teaching points regarding food preparation, food safety, budgeting, and nutrition based on Canada's Food Guide. Choices that increase fibre, fruits, vegetables, grains and reduce fat are highlighted. More than 100 recipes are included that are adaptable to diverse groups, popular, easy to prepare, affordable and nutritious.

Cost: CDN \$50.00 including shipping

Nutrition Teaching Manual for Ethno-Racial/Cultural Communities

This 100-page manual is targeted to community leaders working with ethnocultural groups or clients, and to those interested in foods of other cultures. The first section includes five lesson plans based on reducing fat, salt and blood pressure for heart health. Each lesson includes objectives, materials needed, resources/handouts, discussion points, group activities and session evaluation. The second section outlines traditional and adopted food habits and nutrition issues of eleven ethnic groups. It includes sample recipes and strategies for working with those from Brazil, Caribbean, Central America, China, Ethiopia, Middle East, Portugal, Somalia, South Asia, Vietnam and West Africa. Developed by health professionals working with immigrant communities in Toronto, this manual is an excellent multicultural reference for community programs.

Cost: CDN \$50.00 including shipping

To order, send a cheque payable to Treasurer, City of Toronto
TO: Rocchina DiFiore, Toronto Public Health, 277 Victoria Street, 6th Floor, Toronto, ON M5B 1W1
Tel: 416-392-7451 Fax: 416-392-1483