

Un programme de promotion de la santé cardiovasculaire auprès des 9-12 ans et de la communauté Saint-Louis du Parc / Québec

Programme of cardiovascular health promotion for 9 to 12 years old children and the community in Saint-Louis du Parc / Québec

L. Renaud (Ph.D.)^(1, 2, 4), **J. O'Loughlin (Ph.D.)**^(1, 3, 5),
G. Paradis (M.D.)^(1, 3, 6), **S. Chevalier (MSc.)**^(1, 7)

Résumé: Cet article décrit un programme de promotion de la santé cardiovasculaire auprès d'enfants de 9 à 12 ans intitulé « Cœur en santé St-Louis du Parc » et réalisé dans un quartier défavorisé et multiethnique de Montréal, Québec, Canada. D'une durée de 5 ans, ce programme cible davantage deux milieux : l'école et la communauté (centre de loisirs, centre ethnoculturel, dépanneur * et autres lieux).

Nous abordons les objectifs, les modèles conceptuels sous-jacents au programme, la perspective de travail, l'infrastructure du programme : son personnel et son mode de financement, le partenariat, et enfin la structure d'organisation.

Par la suite, nous présentons les différentes interventions réalisées à travers le temps ainsi qu'une description des diverses évaluations.

Enfin, nous discutons de la poursuite du programme.

* Dépanneur : commerce où l'on vend des denrées alimentaires, de l'alcool et du tabac.

(1) Direction de la santé publique - Régie régionale de Montréal-Centre, 1-301 Cherbrooke est, Montréal, Québec, H2L 1M3.

(2) Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

(3) Département d'épidémiologie, Université Mc Gill.

(4) Boursière chercheuse senior du CQRS, directrice de l'intervention.

(5) Boursière chercheuse senior du PNRDS, directrice de l'évaluation.

(6) Co-investigateur principal des trois sites.

(7) Agente de recherche.

Summary : *This article presents a programme for cardiovascular health for 9 to 12 years old children, called « Healthy Heart » Saint-Louis du Parc and carried out in low socio-economic and multiethnic part of Montreal, Quebec, Canada. These five years programme targets were more both spheres : school and community (leisure centre, ethnocultural centre, groceries and other places).*

We develop the objectives, the conceptual models underlying to the programme, the perspective of work, the infrastructure of the programme : its staff and financing, the partnerships and the structure organising. Then we present the various interventions carried out along the period and so a description of many evaluations. At last, we discuss about the programme continuation.

Mots-clés : prévention, santé cardiovasculaire, école.

Key words : prevention, cardiovascular health, school.

Contexte

Problématique

Les maladies cardiovasculaires (MCV) demeurent la plus importante cause de décès et d'incapacité au Québec, au Canada et dans la plupart des pays industrialisés. Les taux de mortalité se chiffrent à 37 % des décès en 1995. Le Québec avec un taux de mortalité de 260/100 000 habitants se situe légèrement au-dessus de la moyenne canadienne de 254/100 000. Les MCV sont la première cause de réduction de l'espérance de vie en bonne santé chez les femmes et les hommes québécois. Elles sont la troisième cause d'années potentielles de vie perdue au Canada après les traumatismes et les cancers. Elle constitue la deuxième cause de paiement de pension d'incapacité après les maladies musculo-squelettiques. Les coûts directs et indirects des MCV s'élevaient à plus de 19 milliards de dollars en 1993 [1].

Pour contrer l'ampleur du problème de santé posé par les MCV, deux grandes catégories de stratégies ont été suggérées : une stratégie visant les individus à haut risque [2-5] et une approche populationnelle [6-9].

Plusieurs grandes études ont appliqué en avant l'approche populationnelle qui vise à modifier le profil de risque de groupes complets. Parmi les plus connues, nommons, l'étude de Carélie du Nord [10], Stanford Three Community Study [11] et Stanford Five-City Project [12], Minnesota Heart Health Project [13], Pawtucket Heart Health Project [14]. D'autres programmes communautaires de MCV ont été réalisés en Australie [15], en Suisse [16], en Allemagne [17], en Afrique du Sud [18], au Pays de Galles [19] et aux États-Unis [20-22]. Les résultats de ces programmes ont démontré tout d'abord des impacts significatifs sur certains facteurs de risque cardiovasculaires. Par contre, les études subséquentes ont rapporté des effets plus modestes ou pas d'effets. L'explication la plus fréquemment avancée pour expliquer ces effets moindres est la difficulté croissante pour ces programmes d'accélérer la tendance séculaire vers l'amélioration des facteurs de risque en Amérique du Nord.

Origine du projet : initiative canadienne en santé du cœur

Dans le courant de ces programmes populationnels, le gouvernement canadien ainsi que les provinces ont mis en place, sur une base volontaire

et à frais partagés, l'initiative en santé du cœur. Elle a pour objectif de soutenir les réseaux de santé publique dans l'élaboration de modèles de programmes communautaires intégrés et multifactoriels de prévention des maladies du cœur. Au Québec, des programmes ont été créés au sein de trois régions géographiques distinctes : 1) un quartier multiethnique et socio-économiquement défavorisé du centre-ville de Montréal, St-Louis du Parc, 2) une région rurale située sur les rives du fleuve St-Laurent, Rivière-du-Loup et 3) un quartier d'une ville de banlieue de Montréal, Fabreville. Malgré une approche globale de santé publique et un objectif ultime d'amélioration des habitudes de vie des individus et des groupes, chaque site se distingue par une emphase particulière sur une stratégie d'intervention et une population cible primaire. Nous décrivons le site de St-Louis du Parc qui propose une approche globale visant les jeunes dans deux milieux de vie : l'école et la communauté.

Description du programme « Cœur en santé St-Louis du Parc »

Population à l'étude

Le programme « Cœur en santé St-Louis du Parc », est un projet de démonstration de promotion de la santé cardiovasculaire auprès d'enfants de 9 à 12 ans, réalisé de 1992 à 1997.

La population cible est composée des enfants de 9 à 12 ans habitant le territoire desservi par le Centre local de services communautaires (CLSC) St-Louis du Parc. Situé dans la partie centre-sud de l'île de Montréal, le territoire comportait 41 625 habitants en 1986 dont 46 % de francophones,

17 % d'anglophones et 34 % d'allophones. Parmi les allophones 11 % sont Portugais, 6 % sont Grecs, 3 % Chinois, 2 % Italiens et 12 % font partie d'autres communautés culturelles. Près de 40 % de la population du territoire vit sous le seuil de pauvreté et le taux de chômage est de 17,5 %. La population de ce territoire est fortement multiethnique et défavorisée [23].

Objectifs du programme

Le projet « Cœur en santé St-Louis du Parc » vise la promotion de saines habitudes de vie. Plus précisément, il sensibilise les jeunes à la santé cardiovasculaire et les amène à maintenir ou à adopter des comportements sains [23]. Il poursuit deux objectifs principaux :

1. favoriser chez le jeune de 9 à 12 ans, l'adoption et le maintien des comportements favorables à la santé cardiovasculaire tels l'abstinence tabagique, une alimentation saine et la pratique régulière de l'activité physique ;
2. mobiliser la communauté (parents, professeurs, infirmières scolaires et autres intervenants) à promouvoir la santé du cœur des jeunes [24].

Modèles conceptuels sous-jacents au programme

L'ensemble du programme est soutenu par plusieurs cadres théoriques : l'apprentissage social de Bandura [25], la théorie de l'action raisonnée de Azjen et Fishbein [26] et le modèle de planification de Green et Kreuter [27]. La figure 1 présente le modèle conceptuel qui a guidé, inspiré de ces cadres théoriques, la conception et l'implantation de nos interventions. Ce modèle indique que le programme favorise le processus décisionnel de l'enfant en agissant sur les facteurs

psychosociaux tels que les croyances, les attitudes, l'efficacité personnelle et la norme subjective. Ce modèle met également l'accent sur les interactions entre le processus décisionnel personnel et les influences externes de l'environnement physique et social, tels les facteurs facilitants et de renforcement.

Selon la théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein, le processus décisionnel de l'individu en vue de l'adoption ou du maintien d'un comportement salutogène se construit à la lumière de plusieurs variables interreliées. Les facteurs prédisposants ainsi que les connaissances et les croyances

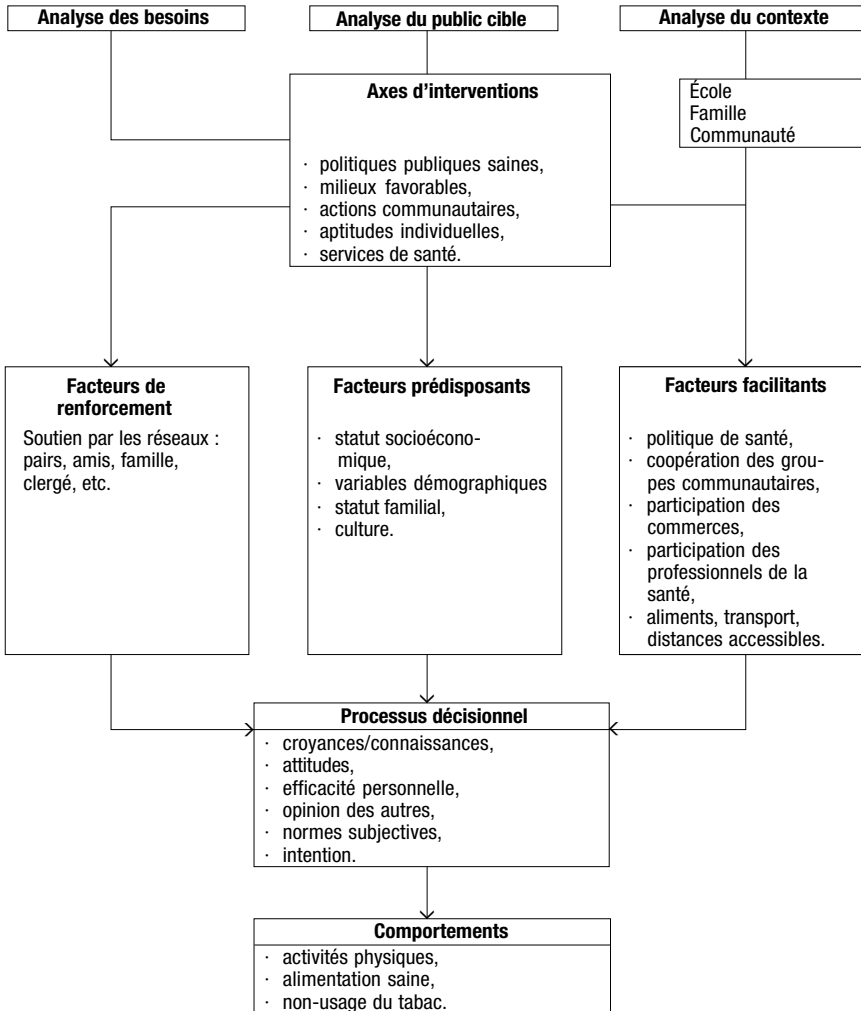


Figure 1 : Modèle d'actions concertées auprès d'enfants d'un quartier en vue de l'amélioration des comportements de santé.

influencent les attitudes ou le contrôle perçu qui, à leur tour, agissent sur l'intention d'adopter ou ne pas adopter un comportement. Nous avons cependant préféré utiliser le concept d'efficacité personnelle de Bandura au lieu du contrôle perçu, parce que ce concept permet de cerner le degré de conviction de la capacité individuelle d'agir et les barrières à l'action. La norme subjective qui est structurée en fonction de l'opinion des autres influence également l'intention d'agir [26].

Le processus décisionnel interagit avec d'autres déterminants de nature structurelle pour créer et soutenir, dans une communauté, la dynamique nécessaire à l'adoption et au maintien de modes de vie sains chez les enfants. Le modèle socioculturel de Labonté [29] et le modèle de planification de Green [27] définissent ces déterminants structurels. Le modèle socioculturel cerne les déterminants structurels et les modes d'intervention appropriés au regard des inégalités en santé cardiovasculaire. Le modèle de Green, pour sa part, identifie les éléments qui s'interposent entre l'individu et la communauté et qui doivent être pris en compte dans l'élaboration d'un programme. Ces déterminants structurels ont été intégrés au modèle du programme « Cœur en santé St-Louis du Parc » sous la dénomination facteurs facilitateurs et facteurs de renforcement. Les facteurs facilitateurs permettent l'expression d'un comportement après la mise en place d'un désir ou d'une intention d'agir ; tandis que les facteurs de renforcement sont les réseaux de soutien, permettant le maintien du comportement [25-30].

Dans notre modèle conceptuel, la Charte d'Ottawa [30] sert de guide d'intervention pour définir les axes d'interventions ainsi que les activités. Elle propose une approche écolo-

gique permettant de rejoindre plusieurs cibles (enfants, parents, professeurs, animateurs de loisirs), plusieurs facteurs (nutrition, activité physique, abstinence au tabac) et plusieurs niveaux (individu, milieu scolaire, milieu familial, environnement global du quartier). Le programme « Cœur en santé St-Louis du Parc », a été planifié suivant les cinq axes de la Charte d'Ottawa [30, 31] soit 1) la création de milieux favorables à la santé ; 2) l'acquisition d'aptitudes individuelles ; 3) le renforcement de l'action communautaire ; 4) la réorientation des services de santé ; 5) l'élaboration de politiques publiques saines. Les cinq axes de la Charte ont servi de balises à l'énoncé des objectifs généraux, intermédiaires et opérationnels pour chacun de ces axes (figure 2). De ces objectifs sont nées les interventions que nous décrivons à la section intitulée « Description des interventions du programme Cœur en santé ».

Le rôle de la santé publique dans un programme communautaire

La perspective et la démarche de travail privilégiées visent le maintien du programme à long terme dans le quartier après le retrait de notre soutien technique et financier.

La Charte d'Ottawa propose aux intervenants de la santé publique de jouer un rôle de soutien et de catalyseur auprès des différents acteurs de la communauté [30]. Notre approche sur le terrain privilégie les activités déjà mises en place par les organismes du milieu (écoles, CLSC, organismes non gouvernementaux (ONG), centres de loisirs). Nous préférons soutenir leurs activités en cours et nous y intégrer plutôt que d'en proposer de nouvelles. Notre démarche a tendu par la suite à faire converger leurs activités vers la promotion de la santé cardiovasculaire des jeunes.

Axes de la Charte d'Ottawa	Objectifs stratégiques	Objectifs intermédiaires	Objectifs tactiques
Acquisition des aptitudes individuelles	Implanter le curriculum dans les classes de 4 ^e , 5 ^e et 6 ^e année	S'assurer de la collaboration des professeurs, des directeurs, des conseillers pédagogiques et des infirmières scolaires au projet « Cœur en santé »	Identifier le rôle que joueront les conseillers pédagogiques et l'infirmière scolaire auprès des professeurs et des professeurs de langue d'origine (PELO)
		Habiller les professeurs de 4 ^e , 5 ^e et 6 ^e année à donner le curriculum	Rencontrer individuellement les principaux acteurs (profs, conseillers pédagogiques et infirmières (scolaires))
		Soutenir les professeurs de 4 ^e et 5 ^e année à donner le curriculum	Organiser une journée de formation (après validation auprès du milieu) pour chaque niveau (4 ^e , 5 ^e et 6 ^e année des écoles francophones)
			Répondre aux demandes des profs concernant l'administration du curriculum, le matériel pédagogique, etc.
			Proposer des alternatives à l'intervention directe de l'intervenant
Influence (politique publique saine)	Augmenter la visibilité du projet auprès des partenaires	Souligner la contribution d'un individu, d'un groupe à la promotion de la santé	Encourager les individus, les groupes et les milieux de vie à maintenir à long terme leur implication au projet
	Reconnaître la valeur santé des activités qui se font à l'école et dans la communauté	Mettre sur pied un projet de reconnaissance	Valoriser la contribution des individus et des groupes qui collaborent et s'impliquent au projet « Cœur en santé »
	Examiner les politiques publiques existantes et leur application en regard de l'alimentation, du tabagisme et de l'activité physique	S'assurer du respect des politiques publiques : - « aire sans fumée » - « alimentation saine à l'école » - Plan Pagé : distribution alimentaire - Interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs	Présenter le programme aux professeurs, directeurs d'école, conseillers pédagogiques, infirmières scolaires et aux professeurs de langue d'origine (PELO)
			- Constituer un comité de travail en regard de la loi de l'interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs - Examiner le soutien communautaire

Figure 2 : Les objectifs stratégiques, intermédiaires et tactiques en fonction des axes de la Charte d'Ottawa.

Axes de la Charte d'Ottawa	Objectifs stratégiques	Objectifs intermédiaires	Objectifs tactiques
Réorientation des services de santé	→ Conférer les moyens aux infirmières à promouvoir la santé auprès des enfants et du personnel scolaire	→ Habilitier les infirmières à développer et à utiliser des outils en promotion de la santé	→ Donner une session de formation aux infirmières scolaires (ateliers participatifs)
	→ Mettre à l'agenda du CLSC <i>La promotion de la santé du cœur</i>	→ Soutenir l'infirmière du projet « Cœur en santé »	→ Planification et soutien au développement d'activités dans les écoles
		→ Entretenir des liens avec le CLSC	→ Participer aux différents comités de gestion
Création de milieux favorables	→ Mettre la santé à l'agenda de l'école	→ Réaliser le projet « École en santé »	→ Mobiliser les partenaires présents à l'école (infirmières scolaires, profs de 6 ^e année, élèves, comité de parents, profs de tous les niveaux, profs Pêlo)
	→ Offrir une alternative pour les filles aux types d'activités offerts par les organismes de loisirs	→ Consolider notre collaboration avec l'école	→ Établir un consensus et planifier les activités
		→ Amener les partenaires à collaborer à la diffusion du « Club de jeunes en santé »	→ Mise en œuvre et évaluation des activités → Diffuser le « Club de jeunes en santé » dans des organismes de loisirs
Renforcement de l'action communautaire	→ Encourager les alliances avec les divers secteurs (loisirs, éducation, ethnoculturel, etc.)	→ Partager l'information entre les différents partenaires	→ Identifier d'autres canaux à privilégier pour la diffusion de l'information
			→ Contacter sur une base régulière les partenaires intéressés à la promotion de la santé/qualité de vie des enfants
	→ Promouvoir le développement de projets visant à améliorer la qualité de vie des enfants	→ Soutenir la mise sur pied et l'évaluation des projets	→ Offrir de la formation relative à la promotion de la santé du cœur aux partenaires qui mettront sur pied des projets
		→ Amener les partenaires à s'approprier la problématique cardiovasculaire	→ Contribuer au développement et à l'évaluation des projets mis sur pied par les organismes
			→ Participer aux rencontres des différents comités (CAPJ/Action solidarité)
			→ Faire une mise à jour régulière des activités du projet auprès des membres du Comité Action Prévention Jeunesse (CAPJ)
			→ S'impliquer dans le comité d'orientation Comité Action Prévention Jeunesse (CAPJ)

Ainsi, notre rôle était de faciliter la mise en œuvre d'activités planifiées par les organismes, puis il s'est transformé en un rôle de catalyseur unissant les forces et les intérêts du milieu.

Par notre rôle de soutien, nous avons généré parfois de la frustration auprès du milieu puisque les besoins des partenaires vont bien au-delà de l'accompagnement. Toutefois, rester dans un rôle de soutien demeure essentiel puisqu'il permet de développer « l'empowerment communautaire » et d'encourager la notion d'appartenance et d'appropriation des activités par les organismes eux-mêmes.

Enfin, le rôle de catalyseur qui encourage les alliances et le partenariat en faveur de la santé est essentiel dans des milieux où la sollicitation à contribuer à toutes sortes de programmes est très grande. Le rôle de catalyseur permet de rappeler et d'unifier les forces vers des objectifs communs.

L'infrastructure du programme : le personnel et le montant de la subvention

Bien que ce projet s'inscrivait dans le courant des grands programmes populationnels, l'équipe a fonctionné avec un budget très limité et un personnel restreint. La subvention initiale est de 500 000 \$ CAN pour 5 ans répartie entre l'intervention (60 %) et la recherche évaluative (40 %). À ce montant s'ajoutent des subventions ponctuelles totalisant 80 000 \$ provenant de concours de recherche qui ont permis de développer des activités et des outils (cahiers du *curriculum*, Club de jeunes en santé, partenariat d'organismes communautaires) ainsi que l'évaluation d'implantation du *curriculum* scolaire. Quatre-vingt-dix pour cent de l'ensemble de ces

montants étaient liés à l'embauche de personnel et 10 % de ces sommes vont à l'achat de matériel.

Le personnel de ce projet était restreint. La coordonnatrice de l'intervention et celle de la recherche ainsi que deux personnes à mi-temps faisaient partie du personnel régulier de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. La subvention a permis d'engager des agents d'intervention et de recherche sur une base contractuelle. Aux temps forts du projet soit entre 1994 et 1996, une personne temps plein mobilisait les enfants des écoles de la communauté tandis que deux personnes mi-temps catalysaient le personnel scolaire et communautaire. La recherche nécessitait un coordonnateur de collecte de données temps plein, un demi-temps d'analyste et une équipe ponctuelle d'intervieweurs pour les enquêtes annuelles auprès des enfants. De plus, le projet a bénéficié des ressources de huit étudiants de maîtrise et de doctorat.

En comparaison, les programmes communautaires de promotion de la santé cardiovasculaire américains tels que ceux du Pawtucket et du Minnesota, avaient à leur disposition beaucoup plus de ressources humaines et financières. Nous pouvons citer, à titre d'exemple, que le programme de Pawtucket rejoignait 71 000 personnes et fonctionnait avec 60 employés plein temps [35]. Le programme de Minnesota, avec ses trois communautés d'intervention composées de 30 000, 80 000 et 110 000 citoyens, comptait 64 employés plein temps dont 18 professeurs d'université [34].

Nos ressources humaines et financières limitées nous ont amenés à implanter ce programme de façon graduelle et systématique. Les interventions issues des cinq axes de la Charte d'Ottawa n'ont pas été déve-

loppées simultanément et impliquaient des degrés divers d'intensité. Deux axes – le renforcement de l'action communautaire et le développement des aptitudes individuelles – ont été davantage approfondis parce qu'ils ont été priorisés dès le départ avec les partenaires, générant des demandes spécifiques durant toute la durée du programme.

Le partenariat

Ce projet s'est réalisé avec plusieurs partenaires institutionnels aux niveaux local, municipal et provincial :

- Centre local des services communautaires St-Louis du Parc (CLSC) ;
- 8 écoles primaires locales ;
- 4 organismes ethnoculturels locaux ;
- 5 organismes de loisirs locaux ;
- Regroupement local de cuisines collectives ;
- Table de concertation locale sur la qualité de vie des jeunes ;
- Fonctionnaires municipaux (section développement social et communautaire) ;
- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) ;
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Deux stratégies distinctes ont été élaborées pour aborder les écoles et les organismes communautaires.

L'accès aux huit écoles du territoire a nécessité d'abord l'accord des comités d'éthique des deux commissions scolaires concernées. Par la suite, chaque directeur d'école a été rencontré individuellement. Enfin, l'assemblée des professeurs et les comités de parents de chaque école ont été rencontrés pour expliquer les objectifs du projet et pour solliciter

leur collaboration. Le partenariat s'est négocié sans embûche.

Dès les premières semaines du projet, une liste d'organismes desservant la communauté St-Louis du Parc a été dressée et des contacts téléphoniques ou des rencontres ont été réalisées avec chacun d'entre eux afin de connaître leur mission, les personnes ressources, la langue dans laquelle les services étaient offerts, la description des services, le mode d'inscription, la clientèle visée et les heures d'ouverture. Ceci a permis de mieux documenter le profil social, culturel, médical et économique de la communauté St-Louis du Parc et d'identifier les leaders d'opinions et collaborateurs potentiels au projet. Le profil a été réalisé pour l'ensemble de la communauté, mais une emphase a été apportée aux ressources et organismes qui ciblent davantage les jeunes. De cette recherche, plusieurs partenaires locaux se sont joints au projet : 4 organismes ethnoculturels, 5 organismes de loisirs, un ONG responsable des cuisines collectives et une table de concertation sur la qualité de vie des jeunes.

La structure d'organisation

La structure d'organisation de ce projet repose sur trois types de comité : comité aviseur, comité d'orientation et table de concertation. Ces comités permettent de mettre en place les structures et les compétences locales nécessaires pour assurer la poursuite des activités avec le minimum d'aide extérieure une fois l'étude terminée.

Le comité aviseur regroupe un représentant de chaque organisme. Ce comité dicte les grandes orientations du projet sur tous les aspects de la planification des interventions.

Les comités d'orientation sont plus nombreux. Ils consistent en un comité d'école, un comité de centres de loisirs et un comité ethnoculturel. Ces comités conseillent l'équipe d'intervention sur tous les aspects liés à la réalisation et à l'évaluation des activités/interventions. Ils sont formés pour développer des activités dans les écoles et dans la communauté. Leurs mandats sont de : participer au développement des activités portant sur les divers facteurs de risque (nutrition, tabac, activité physique) ; faciliter la pénétration des activités dans les milieux ciblés ; réaliser les activités, s'il y a lieu. Ce processus de développement d'activités est laborieux et long mais est garant d'une meilleure intégration du programme au sein de la communauté.

Enfin, une table de concertation sur la qualité de vie des jeunes de St-Louis du Parc existait déjà dans le quartier. Cette table était composée de différents regroupements dont certains étaient axés sur les conditions de vie des jeunes. Cette table a agi comme agent de diffusion des activités communautaires. Elle a assuré la visibilité et la crédibilité du projet dans le quartier, a facilité l'accès aux milieux difficilement accessibles et a identifié de nombreux collaborateurs.

Ces comités se sont avérés essentiels pour saisir tous les enjeux sociaux, économiques, politiques et culturels de la réalité de ce quartier. À titre d'exemple, mentionnons l'apport crucial du comité aviseur au développement du *curriculum* scolaire (banque de plus de 60 activités pour les jeunes en milieu scolaire). L'un des objectifs central du curriculum scolaire était que l'enfant devienne un agent de changement auprès de ses parents en l'habilitant à transmettre des informations spécifiques à son milieu familial. Or, les représentants

ethnoculturels du comité aviseur s'y sont opposés ne voulant pas faire porter à l'enfant immigrant le poids de la distance culturelle de deux mondes : scolaire et familial. Ceci semblait d'autant plus difficile à porter que les enfants provenaient souvent de cultures où la hiérarchie des membres familiaux était importante. Ce comité nous a donc amenés à modifier nos objectifs d'intervention et ce, pour le mieux-être des enfants.

Description des interventions du programme

Cœur en santé

Le programme « Cœur en santé St-Louis du Parc » a été planifié suivant les cinq axes de la Charte d'Ottawa soit 1) la création de milieux favorables à la santé ; 2) l'acquisition d'aptitudes individuelles ; 3) le renforcement de l'action communautaire ; 4) la réorientation des services de santé ; 5) l'élaboration d'une politique publique saine [30-31]. De ces axes sont nées les interventions du programme « Cœur en santé St-Louis du Parc » La figure 3 résume toutes les interventions ainsi que la cible à qui est destinée l'intervention. Certains articles parus antérieurement décrivent avec plus de détails les interventions [24, 31, 39]. Ici, nous reprenons brièvement chaque axe et leurs interventions.

Axe « acquisition d'aptitudes individuelles »

L'axe « acquisition d'aptitudes individuelles » vise le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, il permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables

à celle-ci » [30]. Le processus décisionnel est au cœur de l'intervention développée sous cet axe, soit un *curriculum* scolaire de 20 heures par année pour trois ans dans lequel l'enfant de 4^e (9-10 ans), 5^e (10-11 ans) et 6^e (11-12 ans) année du niveau primaire apprend à faire des choix en regard de l'alimentation, la gestion personnelle, de l'activité physique et du tabagisme.

L'objectif de cet axe était, par conséquent, d'intégrer à l'enseignement régulier des professeurs titulaires de 4^e, 5^e et 6^e année des huit écoles du territoire, un *curriculum* scolaire de promotion de la santé cardiovasculaire. Ce faisant, on augmentait chez les jeunes leur niveau de sensibilisation, de connaissances, d'attitudes et d'habiletés personnelles pour faire des choix sains en regard des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Plus précisément, le *curriculum* portait sur les connaissances, attitudes et habiletés relatives à la prise de décision, à la communication efficace, à l'alimentation, à l'activité physique et au tabagisme [24].

Axe « renforcement de l'action communautaire »

Le renforcement de l'action communautaire est défini comme « la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et au développement des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé » [30]. Pour ce faire, le programme « Cœur en santé » a travaillé à promouvoir le développement de projets visant à améliorer la qualité de vie des enfants du quartier. Ceci s'est concrétisé par la mise en place d'une série d'interventions dans différents organismes de loisirs du quartier. Ainsi des activités telles le jeu

« Quitter la lune » et la trousse « Club de jeunes en santé » ont été conçues pour inciter les jeunes à faire de l'activité physique. Le Club de jeunes en santé consistait en une série de dix ateliers de 90 minutes offerts par les animateurs de centres de loisirs et ciblant particulièrement les jeunes filles moins enclines à faire du sport.

Afin de soutenir les partenaires issus des organismes ethnoculturels à aborder la problématique santé auprès des parents des enfants fréquentant les écoles de St-Louis du Parc, un partenariat « inter-cœur-turel » a été créé entre trois organismes ethnoculturels desservant le territoire. Plusieurs interventions médiatiques destinées aux parents portugais, latino-américains et chinois (mandarin et cantonnais) ont été réalisées en fonction de chaque groupe. De plus, la participation d'un agent d'intervention à une table de concertation a permis de développer des liens intersectoriels visant à mettre sur pied des activités qui contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des jeunes.

Enfin, diverses activités traitant de nutrition ont été mises en place dans des organismes communautaires dans le but de développer les habiletés des parents des enfants fréquentant les écoles du territoire de St-Louis du Parc à choisir et préparer des repas santé.

Axe création de milieux favorables

Selon la charte d'Ottawa, la création de milieux favorables favorise l'utilisation d'une approche socio-écologique de la santé. Dans le cadre du projet « Cœur en santé St-Louis du Parc » des interventions visant l'amélioration de l'environnement social et physique de l'enfant ont été implantées.

Axes de la Charte d'Ottawa	Intervention	Cible
Acquisition d'aptitudes individuelles	→ Curriculum scolaire « Cœur en santé » (septembre 1993 à juin 1997)	→ • Elèves de 4 ^e , 5 ^e et 6 ^e des écoles du projet « Cœur en santé »
	→ Formation des professeurs de 4 ^e , 5 ^e et 6 ^e année à donner le curriculum « Cœur en santé » (automne 1994, 1995 et 1996)	→ • Professeurs de 4 ^e , 5 ^e et 6 ^e année
Élaboration d'une politique publique saine	→ Formation d'un comité ad hoc pour l'application de la loi sur l'interdiction de la vente de cigarettes aux mineurs (1993-1994)	→ • Dépanneurs * du quartier
Renforcement de l'action communautaire	→ Jeu « Quitter la lune » (été 1994, automne 1995)	→ • Animateurs des centres de loisirs
	→ Partenariat « inter-cœur-turel » (hiver 1995)	→ • Centre d'action socio-communautaire de Montréal • Amitié chinoise • Service à la famille chinoise
	→ Ateliers pour les parents sur la prévention des MCV (1996)	→ • Service à la famille chinoise
	Club de jeunes en santé (1993-1996)	
	→ Participation au comité Action-prévention jeunesse (depuis l'hiver 1992)	→ • Membres du Comité Action Prévention Jeunes (CAPJ) : écoles élémentaires et secondaires, organismes de loisirs, Police jeunesse, paroisses, organismes communautaires, CLSC, YMCA
	Formation des membres du Comité Action Prévention Jeunes (CAPJ) sur les stratégies de promotion de la santé (1996-1997)	
	→ Soutien à la formation des membres du regroupement des cuisines collectives du grand plateau (RCCGP) (automne 1994)	→ • RCCGP • Ecole Jean-Jacques Olier (parents)
	→ Atelier sur la confection de muffins santé (mars 1996)	→ • Maison d'Aurore • Enfants de 9 à 12 ans et leurs parents participant à un programme d'aide aux devoirs

* Dépanneurs : commerces où l'on vend des denrées alimentaires, de l'alcool et du tabac.

Figure 3: Description des interventions et des cibles (1992-1997) par axe de la Charte d'Ottawa.

Axes de la Charte d'Ottawa	Intervention	Cible
<p>Création de milieux favorables</p>	→ Formation d'un comité ad hoc sur la salubrité des parcs (1992-1994)	→ • Fonctionnaires municipaux impliqués dans Vivre Montréal en santé
	→ Kiosque « Cœur en santé » (1995)	→ • École Saint-Jean Baptiste (parents, enfants)
	→ Soupers multiethniques (1995-1996)	→ • École Edouard VII (parents)
	→ Aménagement de la cour d'école (1995-1997)	→ • École Bancroft (enfants)
	→ Aménagement d'un Parc Ecole (1995-1996)	→ • École Edouard VII (enfants)
	→ École en santé (1995-1997)	→ • École Jean-Jacques Olier (enfants, parents, personnel de l'école)
	→ Activités parents-enfants-professeurs (1995-1997)	→ • École Lambert-Closse (parents, enfants, professeurs)
<p>Réorientation des services de santé</p>	→ Ateliers-dégustation bouffe-santé (janvier à avril 1995)	→ • Infirmières scolaires des 8 écoles du projet « Cœur en santé »
	→ Activité boîte à lunch santé (automne 1994)	
	→ Chroniques « Cœur en santé » (novembre à juin 1995)	
	→ Activité de dépistage chez le personnel enseignant et non-enseignant (printemps 1994)	
	→ Formation sur leur rôle en promotion de la santé (1995-1997)	
	→ Rédaction d'un programme sur le sommeil (1996)	
	→ Activité d'évaluation de la condition physique (1996)	→ • Personnel enseignant et non-enseignant des 8 écoles • Infirmières des 8 écoles

Par environnement social, on entend les liens qui se tissent autour de l'enfant, en particulier les liens parents/enfants/école. Ainsi, des activités parents/enfants ayant pour thème les divers facteurs de risque des maladies cardiovasculaires ont été créées afin de favoriser la participation des parents aux activités de l'école.

L'amélioration de l'environnement physique des enfants s'est concrétisée par l'aménagement des lieux de loisirs en particulier, les parcs situés dans le quartier St-Louis du Parc et des cours d'école. Des agents d'intervention ont mobilisé les conseillers municipaux, les fonctionnaires du service des parcs, des jardins et des espaces verts et les ont réunis en un comité afin d'améliorer la salubrité des parcs. Les animateurs de loisirs, le personnel scolaire, les membres d'Éco-quartier, les parents et les enfants ont pour leur part été associés à l'embellissement de trois cours d'école.

L'embellissement des cours d'école consistait à réorganiser les espaces de jeux, nettoyer les cours, aménager un parc-école ou aménager un sentier écologique que les enfants parcourent tout en mettant en pratique les notions apprises en sciences naturelles. L'aménagement des cours d'école et des nouveaux jeux permet aux enfants de jouer de façon plus sécuritaire et les encourage à augmenter leur niveau d'activité physique.

Axe réorientation des services de santé

« Le rôle du secteur de la santé doit tendre de plus en plus vers la promotion de la santé en allant au-delà du mandat exigeant la prestation de soins médicaux » souligne la Charte d'Ottawa. « Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisa-

tion au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement » [30].

En contexte scolaire, l'axe réorientation des services de santé s'est concrétisé par la mise en place d'interventions planifiées en collaboration avec les infirmières scolaires. Ces interventions visaient à les encourager à promouvoir davantage la santé des élèves et du personnel scolaire. Diverses interventions telles des activités de dépistage des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (cholestérol, hypertension, condition physique, tabagisme) ont été tenues auprès du personnel enseignant et non-enseignant des écoles de St-Louis du Parc. Des ateliers-dégustation ont été mis en place de concert avec une diététiste. Ces ateliers, offerts au personnel de l'école, ouvraient la discussion à l'alimentation santé. Enfin des chroniques mensuelles portant sur la santé cardiovasculaire ont été distribuées au personnel œuvrant en milieu scolaire. Ces diverses activités avaient pour objectif d'intégrer des activités de promotion de la santé dans la pratique des infirmières scolaires.

Parallèlement à ces activités, une série de formations portant sur le rôle de la promotion de la santé dans la pratique infirmière visait à sensibiliser ces professionnelles à la promotion de la santé à l'école malgré leurs nombreuses autres responsabilités (vaccination, cas clinique, etc.).

Axe élaboration d'un politique publique saine

La santé doit être inscrite à l'ordre du jour des responsables politiques de divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard [30]. Dans le cadre du projet

« Cœur en santé St-Louis du Parc », on voulait voir à l'application de la loi interdisant la vente de tabac aux mineurs dans les dépanneurs* du quartier. Un comité de travail était chargé de convaincre les directeurs d'école et les comités de parents d'appuyer cette démarche. Cette démarche a été abandonnée parce que les directeurs d'école et les membres des comités de parents ne croyaient pas que le tabagisme était un problème réel chez les enfants fréquentant les écoles primaires du quartier. En l'absence de leur collaboration, le comité ne pouvait poursuivre ses travaux [38].

Évaluation

Le projet « Cœur en santé St-Louis du Parc » a fait l'objet d'évaluation tant formative que sommative. Des évaluations de besoin ont précédé la planification et la mise en place des interventions.

Évaluations formatives

Des évaluations de processus et d'implantation ont été effectuées tout au long du projet. La figure 4 résume les différentes évaluations, les objectifs et les méthodes utilisées.

Parmi les évaluations de processus qui ont été menées, certaines portaient sur la validation de contenu et de la forme des interventions, d'autres sur la satisfaction de la population-cible à participer à de telles interventions.

Ainsi, le contenu et la forme du *curriculum* « Cœur en santé » et du jeu « Quitter la lune » ont été validés auprès de leur population-cible res-

pective (les enfants, les professeurs et les animateurs de loisirs), alors que les chroniques-santé, les ateliers-nutrition et le « Club de jeunes en santé » ont été l'objet d'évaluation de la satisfaction des bénéficiaires de ces interventions (figure 4). Pour le partenariat « inter-cœur-turel », on a non seulement évalué la satisfaction des participants, mais aussi cerné les barrières et les facilitateurs pour rejoindre les parents d'origine multiethnique. Une évaluation semblable a été faite pour les activités parents-enfants-professeurs, pour lesquelles on a tenté de comprendre les raisons qui motivent certains parents à ne pas participer aux activités de l'école [32].

Lors de la mise en œuvre du kiosque « Cœur en santé », des soupers multiethniques et de l'aménagement des cours d'école, on a tenté de cerner le processus de mobilisation des partenaires pour chacune de ces interventions à l'aide d'un journal de bord que les intervenants étaient appelés à compléter.

Le *curriculum* scolaire « Cœur en santé » a lui été l'objet de trois évaluations d'implantation effectuées annuellement entre 1994 et 1996. Ces évaluations nous ont permis de documenter le processus d'appropriation d'un tel programme ainsi que son intégration à d'autres matières. Ces études ont été faites par le biais d'entrevues structurées auprès des professeurs et des directeurs, et à l'aide d'un journal de bord que les enseignants devaient compléter [33, 39].

Évaluations sommatives

Les évaluations sommatives font références aux effets ou aux impacts

* Dépanneurs : commerces où l'on vend des denrées alimentaires, de l'alcool et du tabac.

Type d'évaluation	Cible	Objectifs	Méthodes
Évaluation formative	<i>PROCESSUS</i> Curriculum « Cœur en santé » 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e année	<ul style="list-style-type: none"> • Valider la forme et le contenu du curriculum • Évaluer la pertinence, la compréhension et l'acceptabilité du curriculum 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation d'experts • Focus group auprès des professeurs (1992)
	Jeu « Quitter la lune »	<ul style="list-style-type: none"> • Valider le contenu et la forme du jeu • Cerner les barrières et les facilitateurs à l'utilisation du jeu par les animateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation des animateurs • Focus group auprès des enfants (mars 1995) • Entrevues individuelles auprès des utilisateurs du jeu (septembre 1995)
	Chroniques santé « Cœur en santé »	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le degré de satisfaction et de participation du personnel enseignant et non-enseignant des écoles 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaires auto-administrés auprès du personnel enseignant et non-enseignant (1994)
	Bouffe-santé		
	Club des jeunes en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le degré de satisfaction des enfants • Évaluer l'atteinte de la clientèle cible 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevues captées sur vidéo auprès des enfants et des parents • Grille d'observation et d'analyse (1994)
Évaluation formative	<i>PROCESSUS</i> Partenariat inter-cœur-turel	<ul style="list-style-type: none"> • Cerner les barrières et les facilitateurs pour rejoindre les parents d'origine multiethnique 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue auprès des intervenants de service à la famille chinoise (mai 1995)
		<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la satisfaction des participants • Préciser les besoins de la clientèle cible 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire auto-administrés auprès des participants aux ateliers organisés par le service à la famille chinoise (janvier-mars 1995)
	Kiosque « Cœur en santé » Soupers multiethniques Aménagement de la cour d'école Aménagement d'un parc école École en santé Activités parents-enfants-professeurs	<ul style="list-style-type: none"> • Cerner le processus de mobilisation des partenaires dans chacun des milieux • Évaluer la satisfaction des participants aux activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Journal de bord (intervenants) • Questionnaires auto-administrés auprès des participants aux activités

Figure 4 : Description de l'évaluation (1992-1998) par cible, objectifs et méthodes

Type d'évaluation	Cible	Objectifs	Méthodes
Évaluation formative	<i>IMPLANTATION</i> Curriculum « Cœur en santé » 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e année	<ul style="list-style-type: none"> • Cerner le cadre d'opération dans lequel se déroule le curriculum dans les écoles • Identifier les écarts entre le curriculum planifié et réalisé • Documenter le processus d'appropriation du curriculum et son intégration à d'autres activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Devis d'étude de cas multiples Journal de bord (professeurs de 4^e année et intervenant (1994-1995) Professeurs de 4^e, 5^e et 6^e année et intervenant (1995-1996) • Entrevues auprès des professeurs d'écoles (1994-1995) • Entrevues auprès des professeurs de 4^e, 5^e et 6^e année et directeurs d'école (1995-1996)
	<i>IMPACT</i> Programme « Cœur en santé »	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'impact du programme auprès des enfants sur les facteurs de risque tels le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et facteurs psychosociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Devis pré-post avec groupe-témoin • Enquêtes annuelles. Questionnaires supervisés auprès de tous les enfants de 4^e, 5^e et 6^e année (1993-1998)
Évaluation sommative	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage des facteurs de risque du personnel enseignant et non-enseignant (1993-1994) • Evaluation de la condition physique du personnel enseignant et non-enseignant (1995-1996) 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'impact du dépistage sur les facteurs de risque du personnel enseignant et non-enseignant (tabac, alimentation, activité physique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Devis pré-post avec groupe-témoin • Questionnaire auto-administrés auprès du personnel enseignant et non-enseignant (1994-1995)
	<i>EFFET</i> Jeu « Quitter la lune »	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'effet du jeu sur les connaissances, les attitudes et le développement psychomoteur des enfants en regard de l'alimentation, de l'activité physique et de la sécurité dans les jeux 	<ul style="list-style-type: none"> • Devis pré-post auprès des enfants • Grille d'observation (septembre 1995)
Évaluation sommative	Formation des professeurs de 4 ^e , 5 ^e et 6 ^e année pour enseigner le curriculum « Cœur en santé » (1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'effet de la formation sur : <ul style="list-style-type: none"> . leur sentiment de compétence à enseigner le curriculum . leurs attitudes et perceptions envers le curriculum . leur intention d'utiliser le curriculum et de l'intégrer à d'autres matières du programme du scolaire régulier 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaires pré-post auto-administrés auprès des professeurs de 4^e, 5^e et 6^e année (1995)

des interventions du programme « Cœur en santé St-Louis du Parc ». L'ensemble de ces évaluations ont utilisé un devis pré-test post-test avec ou sans groupe-témoin.

L'évaluation de l'impact de l'ensemble du programme « Cœur en santé St-Louis du Parc » a été réalisée à l'aide d'un devis transversal et longitudinal. Débutant avant la mise en œuvre du programme, des enquêtes annuelles par questionnaire auto-administré en classe furent réalisées auprès de tous les enfants de 4^e (9-10 ans), 5^e (10-11 ans) et 6^e (11-12 ans) année du primaire des huit écoles de St-Louis du Parc et de 16 écoles témoins appariées pour le niveau socio-économique moyen et pour la langue maternelle des enfants.

C'est donc dire que plus de 2 200 enfants ont été questionnés chaque année en regard des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (alimentation, activité physique, tabagisme) et de facteurs psychosociaux et démographiques associés. Les instruments de mesure furent choisis et adaptés d'outils validés et utilisés dans d'autres études similaires. Des procédures standardisées et des intervieweurs formés furent utilisés lors des collectes de données [40, 41, 42].

Le dépistage des facteurs de risque du personnel enseignant et non-enseignant a été l'objet d'une évaluation d'impact sur les habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme) des membres du personnel scolaire. Un questionnaire auto-administré a été complété deux semaines avant et quatre mois après le dépistage. La même démarche a été faite auprès d'un groupe-témoin [36]. Cette intervention a eu, à notre grande surprise, un impact positif sur la per-

ception du corps professoral en regard de son rôle de promoteur de la santé.

Le jeu « Quitter la lune » a lui aussi été l'objet d'une évaluation de ses effets sur les connaissances, les attitudes et le développement psychomoteur des enfants en regard de l'alimentation, de l'activité physique et de la sécurité dans les jeux. Un questionnaire a été administré avant et après la participation au jeu par les enfants et une grille d'évaluation a été utilisée pour mesurer les effets du jeu [37].

Maintien et dissémination

En janvier 1998, un comité avisier formé de trois directeurs d'école, d'un adjoint, d'une organisatrice en loisirs, d'un professeur et de deux personnes de la direction de la santé publique fut mis sur pied dans le but d'examiner la poursuite du projet. Ce comité a permis à trois écoles et à un organisme de loisirs (YMCA) d'obtenir 30 000 \$/an pour trois ans afin de poursuivre le projet et développer des liens encore plus étroits avec la communauté. Depuis février 1998, une table de concertation « école » a été créée pour mettre en commun les activités école-communauté.

De plus, depuis juin 1997, le succès du programme a suscité des requêtes de formation d'une cinquantaine d'intervenants de divers CLSC de la région du Montréal métropolitain. Une formation liée à l'utilisation des outils du projet « Cœur en santé St-Louis du Parc » a été offerte portant sur le *curriculum* scolaire, le Club de jeunes en santé et l'approche globale à la santé à l'école.

Conclusion

Le projet « Cœur en santé St-Louis du Parc » était un programme communautaire de promotion de la santé du

cœur visant les enfants de 9 à 12 ans d'un quartier multiethnique défavorisé d'un grand centre urbain. Il ciblait les enfants au sein de leur milieu de vie, soit la famille, l'école et la communauté. Ses stratégies d'intervention reposaient sur une approche globale à la promotion de la santé et visait à créer les conditions nécessaires à l'émergence d'écoles en santé et d'un quartier en santé pour supporter et encourager les jeunes à adopter ou maintenir de saines habitudes de vie.

Plusieurs conclusions sont tirées de cette expérience, et ce, même si les effets du programme sur les comportements des enfants ne sont pas encore connus. D'abord, un programme communautaire, multifactoriel de promotion de la santé des jeunes peut être implanté avec succès même au sein de milieux traditionnellement difficiles à rejoindre, soit des milieux défavorisés, multiethniques et au cœur d'un grand centre urbain. Deuxièmement, plusieurs composantes d'un tel programme peuvent induire des changements d'attitudes et de comportements auprès de populations cibles. Dans notre programme, l'acquisition d'aptitudes indi-

viduelles, le renforcement de l'action communautaire et la création de milieu favorable ont été les composantes-clés. Troisièmement, une approche globale de la santé des enfants est porteur de plus grands succès et suscite une mobilisation de partenaires-clés (professeurs, animateurs, infirmières, etc.). Quatrièmement, les programmes doivent être congruents avec les valeurs communautaires prédominantes et doivent être adaptés au contexte socioculturel de chaque population cible. Un comité avisé joue un rôle important dans ce contexte. Cinquièmement, la pérennisation des programmes doit être une préoccupation dès les premiers moments de la planification et requiert des intervenants une volonté d'agir en support aux forces vives locales, une attention à la formation des acteurs locaux, une capacité d'adaptation aux priorités locales et une emphase sur le développement des capacités de la communauté et la mobilisation communautaire. Enfin, la mise en œuvre d'un tel programme requiert un engagement ferme et à long terme de la santé publique envers la communauté et sa population afin de soutenir et catalyser leurs actions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Heart and Stroke Foundation of Canada. Heart Disease and Stroke in Canada. Ottawa, Canada, 1997.
2. Report of the National Cholesterol Education Program expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. *Arch Int Med*, 1988; 148: 36-69.
3. Canadian Consensus Conference on cholesterol: Final Report. The canadian consensus conference on the prevention of heart and vascular disease by altering serum cholesterol and lipoprotein risk factors. March 9-11, 1989, Ottawa, Ontario.
4. The 1988 report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure. *Arch Int Med*, 1988; 148: 1023-1038.
5. Myers M.G., Carruthers S.G., Leenan F.H.H., Haynes R.B. recommendations from the canadian hypertension society consensus conference on the pharmacologic treatment of hypertension. *Can Med Assoc J*, 1989; 140: 1141-1146.
6. Rational of the diet heart statement of the american heart association. Report of the AHA nutrition committee. *Arteriosclerosis*, 1982; 2: 177-191.
7. Groupe de travail sur les maladies cardiovasculaires. La promotion de la santé cardiovasculaire au Canada. Ottawa, juin 1987.

8. National cholesterol education Program. Report of the expert panel on population strategies for blood cholesterol reduction U.S. Department of health and human services . Public Health Services. National Institutes of Health. Washington. 1990 pub n° 90-3047.
9. The Advisory board. The victoria declaraion on Heart Health. International Heart Health Conference, Victoria, Canada, 1992.
10. Puska P., Tuomilehto J., Salonen J. *et al.* Community control of cardiovascular diseases, The North Karelia Project. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1981.
11. Farquhar J.W., Maccoby N., Wood P.W. *et al.*, Community education for cardiovascular health, *Lancet*, 1977; 7 : 1192-1195.
12. Farquhar J.W., Fortmann S.P., Flora J.A., Taylor C.B., Haskell W.L., Williams P.T., Maccoby N, Wood PD, Effects of community wide education on cardiovascular risk factors. The Stanford Five City Project. *J Am Med Assoc*, 1990 ; 264 : 359-365.
13. Luepker R.V., Murray D.M., Jacobs D.R. *et al.* Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program, *Am J Public Health*, 1994 ; 84 : 1383-1393.
14. Lasater T.M., Abrams D., Artz L. *et al.* Lay volunter delivery of community-based cardiovascular risk factor change program. The Pawtucket experiment. In Matarazzo JD, Weiss SM, Herd JA, Miller NE, Weiss (SM)eds, Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention. New york, Wiley, 1984.
15. Van Beurden E., Lefebvre C.R. and James R. Transferring community-based interventions to new settings: a case study in heart health cholesterol testing from urban USA to rural Australia. *Health Promotion International*, 1991 ; 6(3): 181-190.
16. Gutzwiller F., Junod B., Epstein F.H. *et al.* Prévention des maladies cardiovasculaires. Programme national Suisse de recherche no 1A, *Les Cahiers médico-sociaux*, 1979 ; 23(2): 79-143.
17. Laaser U., Lenke-Goliasch .P, Hoffmeister H., Nussel E. Selected intermediate results of the German cardiovascular community trial. International Heart Health Conference, Victoria, B.C. May 24-28, 1992.
18. Rossouw J.E., Jooste P.L., Chalton D.O. *et al.* Community-based intervention: the coronary risk factor study (CORIS) *Int J Epidemiol*, 1993 ; 22 : 428-38.
19. Nutbeam D., Catford J.C. The Welsh Heart Pprogram Evaluation Strategy: Progress, Plans and Possibilities. *Health Promotion*, 1987 ; 2(1): 5-18.
20. Thompson E.B., Hamrell M., Coffin R.R. The Heart Healthy Vermonter Program. *J Public Health Policy*, 1987 ; 8: 36-43.
21. Shea S., Basch C.E., Lantigua R., Wechsler H. The Washington-Heights-Inwood Healthy Heart Program: a third generation community-based cardiovascular disease prevention program in a disadvantaged urban setting. *Prev Med*, 1992 ; 21 : 203-17.
22. Norman S.A., Greenberg R. Marconi K. *et al.* A process evaluatio of a two-year community cardiovascular risk reduction program: what was done and who knew about it? *Health Educ Research*, 1990 ; 5 : 87-97.
23. Initiative fédérale-provinciale en santé du cœur, 1992.
24. Renaud L. Réflexions critiques au sujet d'un modèle conceptuel transposé dans le design d'un programme communautaire et multifactoriel en promotion de la santé auprès d'enfants. In R. Bastien, L. Langevin, G. LaRocque, & L. Renaud (éds.), *Promouvoir la santé : réflexions sur les théories et les pratiques* (pp. 213-228). Montréal : Collection Partage, Réseau francophone international pour la promotion de la santé, 1994.
25. Bandura A. *Social Foundations of thought and action. A social cognitive theory* Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1986.
26. Ajzen I et Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1980.
27. Green L W et Kreuter M. *Health education planning*, Palo Alto, CA Mayfiled 2 ed. 1991.
28. Ozer E et Bandura A. Mechanisms governing empowerment effects. A self-efficacy analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990 ; 58(3): 472-486.
29. Labonté R. *Heart Health Inequalities: A brief Review of concepts, research and strategies relating to social support and surplus powerlessness*, workshop on heart health inequalities, Montreal, 1987.
30. O.M.S. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (tiré à part). Ottawa : Association canadienne de santé publique, 1986.
31. Renaud L., Dufour R., O'Loughlin J. Intervenir localement selon les cinq axes de la Charte d'Ottawa : défi de la promotion de la santé in Rupture, revue transdisciplinaire en santé, 1997 ; 4(1): 23-34.
32. Renaud L., Mannoni C. Étude de la participation des parents dans les activités scolaires ou parascolaires in *Revue canadienne de la santé publique*, 1997 ; 88(3): 184-192.

33. Renaud L., Chevalier S., Dufour R. *et al.* Évaluation de l'implantation d'un curriculum scolaire : pistes d'intervention pour optimiser l'adoption et l'implantation de programmes d'éducation à la santé dans les écoles primaires in *Revue canadienne de la santé publique*, 1997 ; 88(5) : 351-353.
34. Carlaw R.W., Mittelmark M.B., Bracht N., & Luepker R. Organization for a community cardiovascular health program : Experiences from the Minnesota Heart Health Program. *Health Education Quarterly*, 1984 ; 11 : 243-252.
35. Lefebvre R.C., Lasater T.M., Carleton R.A., & Peterson G. Theory and delivery of health programming in the community : The Pawtucket Heart Health Program. *Preventive Medicine*, 1987 ; 16 : 80-95.
36. O'Loughlin J., Renaud L., Paradis G., Meshefedjian G. Screening school personnel for cardiovascular disease risk factors : Short terms impact on behavior and perceived role as promoters of heart health. *Preventive Medicine*, 1996 ; 25 : 660-667.
37. Filion G. Évaluation du jeu « Quitter la lune ». Rapport, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1996.
38. Damestoy N., Renaud L. L'interdiction de la vente de tabac aux mineurs : une concertation est nécessaire. *Revue canadienne de santé publique*, 1994 ; 85(2) : 85-88.
39. Renaud, L. Promotion de saines habitudes de vie : le cas des enfants d'un quartier multiethnique et défavorisé de Montréal. *Actualité médicale*, mai 1996 ; 2(1) : supp. : 4-7.
40. Barnett T., O'Loughlin J., Paradis G., Renaud L. Reliability of proxy reports of parental smoking by elementary schoolchildren. *Annals Epidemiology*, 1997 ; 7(6) : 396-399.
41. O'Loughlin J., Renaud L., Paradis G., Meshefedjian G., Zhou S. Prevalence and concurrent predictors of early smoking among elementary schoolchildren in multiethnic, low income, inner-city neighborhoods. *Annals Epidemiology* (soumis).
42. O'Loughlin J., Paradis G., Renaud L., Meshefedjian G., Gray-Donald K. Prevalence and correlates of overweight among elementary schoolchildren in multiethnic, low income, inner-city neighborhoods in Montreal, Canada. *American Journal Epidemiology* (soumis).

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les élèves, les professeurs, les directeurs d'écoles, les animateurs de centre de loisirs, les intervenants des groupes communautaires et les infirmières du CLSC St-Louis du Parc. Sans leur implication, ce programme ne se serait pas réalisé.

Ils remercient également tous les membres de l'équipe d'intervention et de recherche qui ont su mobiliser le milieu : Tracie Barnett, Nicole Beaudet, André Bourgeois, Sylvie Chevalier, Marie-Claudine dePai-ron, Renée Dufour, Gilbert Filion, Kathy Gray-Donald, Andrée Guinchard, Louise Johnson-Down, Nathalie Kishchuck, Ginette Lampron, Sylvain Langlois, Chantal Mannoni, Garbis Meshefedjian, Diane Ouellet, Luis Sanchez, Marcela Tapia.

Cette recherche fait partie du Projet québécois de démonstration en santé du cœur. Ce projet est financé par le Programme national de recherche et développement en santé (PNRDS) (no. 66053754-H), le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fondation des maladies du cœur.
