

Discours

Promotion de la santé : Enjeux pour l'an 2000

Michel O'Neill

Quelques éléments de contexte

Les origines de la promotion de la santé

La promotion de la santé, même si elle remonte à la Grèce antique, provient, principalement de deux courants récents, reliés aux interventions professionnelles et gouvernementales en santé publique : un dominant, celui de l'éducation pour la santé, et un plus marginal, celui de l'intervention sur les politiques publiques (Green et Kreuter, 1991 ; Bunton et Macdonald, 1992 ; Badgley, 1994 ; O'Neill et Pederson, 1994).

L'éducation pour la santé s'est développée surtout après la seconde guerre mondiale, principalement sous l'influence de la psychologie sociale et des États-Unis. Elle vise à modifier, de manière volontaire, les comportements individuels ayant un effet sur la santé (Godin, 1991 ; Green et Kreuter, 1991). L'approche de l'intervention (principalement gouvernementale) sur les politiques publiques a été mise de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et diverses instances canadiennes, à partir de la fin des années 70 (Kickbusch, 1986 ; 1989 ; 1994). Cette approche vise à créer des environnements physiques et socio-économiques qui facilitent l'adoption et le maintien d'habitudes individuelles favorables à la santé (Milio, 1986).

Le milieu des années 80, en particulier l'année 1986, a été le moment historique où ces deux courants, qui évoluaient en parallèle ou même en opposition, se sont fusionnés pour produire le champ de la promotion de la santé, tel qu'on le connaît aujourd'hui sur la scène internationale (O'Neill et Pederson, 1994).

Michel O'Neill, Ph.D., est Professeur titulaire à l'École des sciences infirmières et Co-directeur du Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé de l'Université Laval (GRIPSUL).

Vers une définition de la promotion de la santé

Les deux définitions de la promotion de la santé les plus largement utilisées à l'échelle de la planète sont, sans doute, celle de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (Charte, 1986 :5), et celle de l'incontournable ouvrage de Green et Kreuter : « toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités (1991 : 432, traduction libre) ».

La juxtaposition de ces deux définitions permet d'énoncer un problème conceptuel majeur. En effet, on utilise encore aujourd'hui l'expression « promotion de la santé » pour désigner deux éléments fort distincts. Il s'agit d'une part d'une *idéologie*, qui n'est finalement rien d'autre que la philosophie traditionnelle de la santé publique désignée au fil des ans, au Canada, sous les appellations : hygiène publique, santé publique, santé communautaire et plus récemment santé des populations (Lalonde, 1974 ; Evans, Barer et Marmor, 1994). D'autre part, il s'agit d'abord et surtout un ensemble de *pratiques spécifiques* visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions, telles l'éducation sanitaire, le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel (O'Neill et Cardinal, 1994). Cesser d'utiliser le mot « promotion de la santé » pour désigner la dimension idéologique et ne le réserver que pour désigner les pratiques spécifiques mentionnées ici aiderait sans doute à clarifier le concept, mais cette proposition (O'Neill et Cardinal, 1994) ne fait pas encore totalement l'objet d'un consensus (Rootman et Goodstadt, 1996).

Les enjeux en promotion de la santé autour de l'an 2000

Au Canada comme ailleurs, cerner le contenu conceptuel de la promotion de la santé demeure donc l'enjeu majeur car cela a des effets directs sur son financement, son enseignement, sa pratique et la recherche faite à son propos. D'autres enjeux existent aussi.

Sur la scène internationale

Le plus important des autres enjeux, c'est sans doute la manière dont l'économie politique mondiale évolue. Les valeurs et l'idéologie

de la promotion de la santé sont nées à l'époque de l'État providence. Les changements dans l'économie politique mondiale, au cours des derniers vingt ans, ont toutefois entraîné, dans les anciens états providences des pays du Nord (Europe de l'Ouest, É.-U., Canada, Australie, Nouvelle-Zélande), la situation que nous connaissons aujourd'hui : démantèlement des services publics pour réduire les déficits gouvernementaux, chômage chronique, exportation des emplois vers l'étranger, etc. La promotion de la santé évolue ainsi dans un environnement international qui utilise à l'occasion son discours. Toutefois, cet environnement, de manière générale, favorise la mise en œuvre de politiques qui, loin de promouvoir la santé, ont comme conséquences d'exacerber les iniquités et d'augmenter les problèmes de santé et de bien-être plutôt que de les réduire (Hancock et Labonté, 1997).

L'OMS continue malgré tout de proposer aux gouvernements des pays qui en sont membres des orientations conformes à la Charte d'Ottawa. La Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé aura lieu en juillet 1997, à Djakarta, en Indonésie. Son titre, « De nouveaux joueurs pour une nouvelle époque », traduit bien les changements planétaires où nous sommes plongés et propose de les voir autant comme des opportunités que comme des contraintes (WHO, 1997). De son côté, le principal ONG à caractère mondial dans le domaine de la promotion de la santé, l'Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé, a modifié ses programmes, son image et même son nom au cours des dernières années, témoignant lui aussi des bouleversements majeurs qui se produisent à l'échelle planétaire.

Sur la scène canadienne

Les grands enjeux internationaux se reflètent aussi au Canada. On peut, en effet, retenir les éléments qui suivent. Premièrement, le Canada continue, mais de manière différente, à jouer un rôle de leader international dans le domaine. Deuxièmement, l'important leadership du gouvernement fédéral est en voie de se transformer radicalement, sinon de disparaître, suite notamment à l'apparition du « nouveau » discours sur la santé des populations et aux coupures draconiennes qu'il impose. Troisièmement, il y a une grande variabilité dans la vitesse d'adoption et dans les stratégies d'utilisation du discours de la promotion de la santé, selon les provinces et territoires. Quatrièmement, cette utilisation se fait partout dans le contexte de réformes importantes apportées au

système de santé. Cinquièmement, aux acteurs plus habituels viennent se greffer de nouveaux acteurs importants : le secteur privé, les hôpitaux, les gouvernements municipaux et le Consortium canadien de recherche en promotion de la santé. Sixièmement, l'ambiguïté du discours de promotion de la santé fait qu'il peut être repris à la fois pour des objectifs politiques de gauche ou de droite, à des fins individualisantes ou collectivisantes, servant ainsi une pléiade d'agendas politiques. Septièmement, le champ de la promotion de la santé a de la difficulté à faire la preuve de son utilité dans des termes recevables (science positiviste, coûts-bénéfices, etc.) par les décideurs politiques actuels et est souvent perçu comme peu scientifique et trop idéologique (O'Neill, Rootman et Pederson, 1994 ; Rootman et Goodstadt, 1996 ; O'Neill, 1996 ; Hancock et Labonté, 1997).

Qu'advient-il des infirmières dans ce contexte ?

La place des infirmières dans le cadre de ces enjeux

Le paradoxe infirmier

Au Canada comme ailleurs, les infirmières sont au coeur de la *pratique* en promotion de la santé ; elles sont les principales dispensatrices de programmes et d'activités dans ce domaine, et la dimension éducative de leur rôle est fondamentale (Hagan et Proulx, 1996). Un premier élément du paradoxe infirmier en promotion de la santé concerne donc les interventions éducatives. Malgré l'importance qualitative et quantitative énorme de ces interventions, on est forcé de constater le peu de formation offerte aux infirmières, face à leurs pratiques éducatives. De plus, on note la relative faiblesse de la base scientifique sur laquelle elles s'appuient (Hagan, O'Neill et Dallaire, 1995), même si, dans ce domaine, la sophistication de la recherche s'est accrue rapidement au cours des trois ou quatre dernières années (Stewart, 1995 ; Bottroff, Johnson, Ratner et Hayduck, 1996).

Le second élément du paradoxe concerne la dimension *idéologique* de la promotion de la santé. Malgré leur importance centrale comme praticiennes, les infirmières ont été peu présentes dans l'évolution plus générale du champ (Gottlieb, 1992). De plus, malgré de notables exceptions (Milio, 1971 ; Dallaire, 1991 ; Flynn, 1996) et une lente évolution (Stewart, 1995), les infirmières ont eu tendance à ne pas consacrer beaucoup d'attention aux dimensions plus politiques et environnementales du travail en promotion de la santé pour se concentrer sur les aspects plus individuels (Stevens, 1989 ; Williams, 1989).

Les causes du paradoxe

Pourquoi les infirmières n'occupent-elles pas plus de place dans la définition d'un champ où, par ailleurs, elles sont les principales praticiennes ? Une première réponse a trait aux efforts majeurs déployés, principalement depuis une vingtaine d'années, à l'élaboration du corpus de connaissances requis pour conférer, aux soins infirmiers, le statut de Science. Construire son propre champ sur des bases épistémologiques et théoriques solides mène parfois à se centrer sur soi-même et à négliger un peu le reste. Pour une personne non-infirmière, il est toujours intrigant de voir que même dans un champ aussi interdisciplinaire que la promotion de la santé, les auteur-es cité-es en référence dans les recherches infirmières (incluant celles de haut niveau) sont presque exclusivement des infirmières. Toutefois, les théories ou les méthodes que ces infirmières évoquent (souvent de manière non critique) ont généralement été développées dans le cadre d'autres disciplines, notamment dans les diverses sciences sociales.

Le paradoxe est aussi explicable par le fait que prendre des positions politiques sur des sujets d'envergure nationale, intervenir politiquement auprès de collectivités ou encore participer de plein droit à développer des champs de savoirs multidisciplinaires, comme celui de la promotion de la santé, est encore loin de l'image que la majorité d'entre elles se font de leur activité professionnelle « normale ». Finalement, l'image et la position sociales de la profession ne favorisent pas non plus un engagement important dans le processus de définition des orientations de la société, du système de santé ou du champ de la promotion de la santé. Encore trop souvent perçue comme totalement dépendante de la profession médicale, la profession infirmière éprouve une grande difficulté à se défaire du poids des « cinq D » qui l'affligent par les temps qui courent : division, désertion, difficulté des conditions de travail, déqualification et démotivation (Dallaire, O'Neill et Lessard, 1994).

Y a-t-il un avenir en promotion de la santé pour les infirmières ?

Bien sûr que oui ! En ce qui a trait aux *pratiques*, les acquis de la recherche (infirmière et autre) doivent cependant trouver davantage écho dans les interventions quotidiennes. Cela est important notamment pour les interventions éducatives qui demeureront le champ d'action privilégié des infirmières, où qu'elles soient déployées, attendu les changements importants des lieux et modes de pratiques qui se produisent présentement. De plus, une plus grande attention devra être portée aux dimensions collectives, politiques et environnementales des

interventions et ces dimensions doivent être maintenant perçues comme des aspects normaux et légitimes du rôle de l'infirmière, même si elles ne sont mises en oeuvre que par une minorité de praticiennes; autrement, elles seront condamnées à voir le contenu de leur pratique dicté par d'autres instances (médecins, gouvernements, autres professionnels de la santé).

Finalement, en ce qui a trait à la dimension *idéologique*, la vision et les valeurs de la promotion de la santé sont très proches de celles véhiculées traditionnellement par les infirmières. Il est donc important qu'elles acceptent de devenir, bien davantage, des intervenantes majeures dans les débats de société autour des questions de santé ainsi que des participantes très significatives à la construction de champs interdisciplinaires comme celui de la promotion de la santé.

Références

- Badgley, R. (1994). Health promotion and social change in the health of Canadians. Dans A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 20-40). Toronto : W.B. Saunders.
- Bottroff, J.L., Johnson, J.L., Ratner, P.A., & Hayduck, L.A. (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 45(1), 30-36.
- Bunton, R., & Macdonald, G. (Eds.). (1992). *Health promotion: Disciplines and diversity*. London and New York : Routledge.
- La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. (1986). Ottawa : Organisation mondiale de la santé, Association canadienne de santé publique, et Santé Bien-être Canada.
- Dallaire, C. (1991). Action politique : Le contenu. *L'Appui*, 8(2): 3-6.
- Dallaire, C., O'Neill, M., & Lessard, C. (1994). Les enjeux majeurs pour la profession infirmière. Dans V. Lemieux et al. (Eds.), *Le système de santé au Québec: Organisations, acteurs, enjeux* (pp. 245-272). Ste-Foy, QC : Presses de l'Université Laval.
- Evans, R., Barer, M., & Marmor, T. (Eds.). (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of the health of populations*. New York : Aldine De Gruyter.
- Flynn, B. (1996). Healthy cities: Toward worldwide health promotion. *Annual Review of Public Health*, 17, 299-309.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67-94.
- Gottlieb, L. (1992). Nurses not heard in the health promotion movement. *Canadian Journal of Nursing Research*, 24(4), 1-2.

- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach* (2nd ed.). Mountain View, CA : Mayfield Publishing.
- Hagan, L., O'Neill, M., & Dallaire, C. (1995). Linking health promotion and community health nursing: Conceptual and practical issues. Dans M. Stewart (Ed.), *Community nursing: Promoting Canadians' health* (pp. 413-429). Toronto : W.B. Saunders.
- Hagan, L., & Proulx, S. (1996). L'éducation pour la santé : Le temps d'agir. *L'infirmière du Québec*, 3(3), 44-52.
- Hancock, T., & Labonté, R. (1997, March). *Health promotion in action: The Canadian experience*. Document non publié soumis à Santé Canada, dans le cadre de la préparation à la Conférence de Djakarta.
- Kickbusch, I. (1986). Health promotion : A global perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 77(5), 321-327.
- Kickbusch, I. (1989). *Good planets are hard to find*. Copenhagen : FADL Publishers. (Document #5 des Healthy Cities Papers).
- Kickbusch, I. (1994). Tell me a story. Dans A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 8-19). Toronto : W.B. Saunders.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministère de l'Approvisionnement et des Services.
- Milio, N. (1971). *9226 Kercheval: The storefront that did not burn*. Ann Arbor, MI : Ann Arbor Paperbacks and University of Michigan Press.
- Milio, N. (1986). *Promoting health through public policy*. Ottawa : Association canadienne de santé publique.
- O'Neill, M. (1996, November 20). *Promouvoir la santé au Canada au XXI^e siècle: Quel Canada ? Quelle santé ? Quelle promotion ?* Conférence présentée lors des célébrations du 10^e anniversaire de la Charte d'Ottawa en promotion de la santé, Ottawa.
- O'Neill, M., & Cardinal, L. (1994). Health promotion in Quebec: Did it ever catch on ? Dans A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada* (pp. 262-283). Toronto : W.B. Saunders.
- O'Neill, M., & Pederson, A. (1994). Two analytic paths for understanding Canadian developments in health promotion. Dans A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada* (pp. 40-55). Toronto : W.B. Saunders.
- O'Neill, M., Rootman, I., & Pederson, A. (1994). Beyond Lalonde : Two decades of Canadian health promotion. Dans A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada* (pp. 374-387). Toronto : W.B. Saunders.
- Rootman, I., & Goodstadt, M. (1996). *Health promotion and health reform in Canada*. Document non publié, présenté par le Canadian Consortium for Health Promotion Research au Canadian Forum on the Health of Canadians, University of Toronto Centre for Health Promotion.

- Stevens, P. (1989). A critical social reconceptualization of environment in nursing: Implications for methodology. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 56–68.
- Stewart, M. (Ed.). (1995). *Community nursing: Promoting Canadians' health*. Toronto : W.B. Saunders.
- Williams, D.M. (1989). Political theory and individualistic health promotion. *Advances in Nursing Science*, 12(1), 14–25.
- World Health Organization. (1997). *New players for a new era: Leading health promotion in the 21st century*. Geneva : WHO et le ministère de la Santé, République d'Indonésie.

Discourse

Health Promotion: Issues for the Year 2000

Michel O'Neill

Background

The Origins of Health Promotion

Although it can be traced back to ancient Greece, health promotion as we know it today is generally seen as originating from professional and governmental involvement in public health, which has produced two schools of thought: health education (the predominant school) and intervention in public policy (Badgley, 1994; Bunton & Macdonald, 1992; Green & Kreuter, 1991; O'Neill & Pederson, 1994).

The development of health education occurred primarily in the post-World War II period, strongly influenced by social psychology in the United States and focusing on personal, voluntary, health-related behaviour modification (Godin, 1991; Green & Kreuter, 1991). The approach to intervention in public policy, mainly on the part of government, was proposed by the World Health Organization (WHO) and various Canadian agencies in the late 1970s (Kickbusch, 1986, 1989, 1994), with a view to creating physical and socio-economic environments conducive to adopting and maintaining a healthful personal lifestyle (Milio, 1986).

The mid-1980s, specifically the year 1986, represent a historic juncture: the two schools of thought, having grown parallel and occasionally in opposition to each other, joined to produce the field of health promotion as it is universally known today (O'Neill & Pederson, 1994).

Michel O'Neill, Ph.D., is Professor in l'École des sciences infirmières and Co-director of the Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé de l'Université Laval (GRIPSUL) at Université Laval, Sainte-Foy, Quebec.

Towards a Definition of Health Promotion

The two definitions of health promotion most widely used around the world are that of *The Ottawa Charter for the Promotion of Health*: "Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health" (*Ottawa Charter*, 1986, p. 5), and that of Green and Kreuter in their most important work: "Any planned combination of educational, political, regulatory, and organizational supports for actions and conditions of living conducive to the health of individuals, groups, or communities" (1991, p. 432).

The juxtaposition of these two definitions highlights a major conceptual problem. To this day we use the term *health promotion* in two very distinct senses. On the one hand, it is an *ideology* – the traditional philosophy of public health developed over the years in Canada under the categories of public health, community health, and, more recently, population health (Evans, Barer, & Marmor, 1994; Lalonde, 1974). On the other hand, it is a set of *specific practices* designed to effect change in health-related lifestyle and living conditions through health education, social marketing, persuasive communication, political action, community organization, and organizational development (O'Neill & Cardinal, 1994). The concept of health promotion would be clearer if it were used only to designate the specific practices just mentioned, and not the ideology of public health. However, such a proposal (O'Neill & Cardinal) has yet to be universally accepted (Rootman & Goodstadt, 1996).

Issues in Health Promotion for the Year 2000

In Canada and elsewhere, the main issue at hand is to agree on a definition of the concept of health promotion, as this has a direct impact on related research, funding, teaching, and practice. Other issues are also noteworthy.

The International Scene

There is no doubt that the most important issue for health promotion is the evolution of the world political economy. The ideology and values of health promotion were born in the era of the welfare state. However, the political and economic changes in the last two decades in the former welfare states of Western Europe, the United States, Canada, Australia, and New Zealand have been manifested in the dismantling of public services – to reduce government deficits – chronic unemployment, the export of jobs, and so on. Health promotion is thus being developed in

an international climate in which it is occasionally part of the discourse but which generally favours the implementation of policies that, instead of promoting health, serve to exacerbate inequities and health and welfare problems (Hancock & Labonté, 1997).

Despite these trends, however, the WHO continues to promote the tenets of the *Ottawa Charter* (1986). The Fourth International Conference on Health Promotion will take place in July 1997 in Djakarta, Indonesia. Its theme, "New Players for a New Era," is a poignant reflection of the changes we are experiencing worldwide – by proposing that we view the changes as both opportunities and limitations (WHO, 1997). For its part, the International Union for Health Promotion and Health Education, the main NGO working in the area of health promotion on an international level, has in recent years changed its programs, its image, and even its name, in order to keep up with the profound changes occurring around the world.

The Canadian Scene

Major international issues are reflected on the Canadian scene as well. In this regard, the following facts should be kept in mind:

- In its own way, Canada continues to be a leader in the field of health promotion.
- The vital leadership taken by the federal government has changed radically, if not disappeared altogether, with the advent of the "new" discourse on population health and the drastic cuts this government has made in health expenditures.
- The time lapse between adoption and implementation of health promotion strategies varies greatly with province and territory.
- Health promotion discourse is exploited everywhere in the context of major reforms to the health-care system.
- The usual players in the field of health promotion are being joined by new ones: the private sector, hospitals, municipal governments, and the Canadian Consortium for Health Promotion.
- The ambiguity of the discourse in health promotion is such that it may be used to meet the objectives of either right-wing or left-wing policies, or for individualistic or collective ends, and thus to serve a host of political agendas.

- The proponents of health promotion have difficulty proving its usefulness in terms (positivist science, costs-benefits, etc.) that are acceptable to current political decision-makers; health promotion is often perceived as lacking scientific rigour and indulging in pointless ideology (Hancock & Labonté, 1997; O'Neill, 1996; O'Neill, Rootman, & Pederson, 1994; Rootman & Goodstadt, 1996).

Where do nurses fit into all of this?

The Role of Nurses in the Current Issues

The Nursing Paradox

In Canada, as elsewhere, nurses are at the heart of the *practice* of health promotion; they are the main providers in health promotion programs and the educational dimension of their role is a fundamental one (Hagan & Proulx, 1996). Thus the first element of the nursing paradox in health promotion concerns educational interventions. Although these are enormously important, both qualitatively and quantitatively, there is an apparent paucity of training available to nurses for their educational role, and the scientific basis upon which they rely is relatively weak (Hagan, O'Neill, & Dallaire, 1995), despite increasingly more sophisticated research in health promotion over the past three or four years (Bottroff, Johnson, Ratner, & Hayduck, 1996; Stewart, 1995).

The second element in the nursing paradox concerns the *ideological* dimension of health promotion. In spite of their central role as practitioners, nurses have not, by and large, participated in the general development of the field (Gottlieb, 1992). Moreover, with few notable exceptions (Dallaire, 1991; Flynn, 1996; Milio, 1971; Stewart, 1995), nurses have tended to pay little attention to the political and environmental dimensions of their profession, concentrating instead on the more individual aspects of their work (Stevens, 1989; Williams, 1989).

Causes of the Paradox

Why aren't nurses playing a more significant role in defining a field in which they are, in fact, the main practitioners? The first answer has to do with the major effort made, primarily in the last 20 years, in building a corpus of knowledge to elevate nursing to the status of a science. Constructing a distinctive field on solid epistemological and theoretical bases has sometimes led to a neglect of what is happening outside

of nursing. It is intriguing for a non-nurse to observe that, in a field as interdisciplinary as health promotion, the authors cited by even the top nursing researchers are frequently almost exclusively nurses, whereas the theories or methods they utilize – often uncritically – have generally been developed in other disciplines, particularly the social sciences.

The nursing paradox can also be explained by the fact that such conduct as taking a political stand on national issues, taking group action, or participating in the development of multidisciplinary fields of knowledge like health promotion is far from nurses' image of "normal" professional behaviour. In addition, the social image of the profession is not conducive to heavy involvement in defining orientations in our society, our health system, or the field of health promotion. Nursing, which is all too often seen as totally dependent on the medical profession, is struggling to rid itself of the burden of the "five Ds" that describe its current situation: divided, deserted, disqualified, regrouping demotivated professionals working in difficult conditions (Dallaire, O'Neill, & Lessard, 1994).

Is There a Future for Nurses in Health Promotion?

Of course there is a future for nurses in health promotion. With regard to *practice*, however, it is imperative that gains made in research (research conducted by nurses as well as that conducted by other professionals) be reflected in day-to-day interventions. This consideration is particularly important in educational interventions, which remain within the purview of nursing – wherever nurses may be assigned, given the considerable changes in venue and approach that currently prevail. Furthermore, it is crucial that more attention be paid to the collective, political, and environmental dimensions of their role, and that these aspects be regarded as a legitimate part of nursing, even if only a minority of nurses choose to focus on them. If these aspects of nursing are not integrated into the profession, nurses will be forced to follow the dictates of governments, physicians, and other health professionals regarding their practice.

The *ideological* dimension, the vision, and the values of health promotion correspond closely to concepts that nurses have traditionally promoted. It is therefore vital that nurses play a key role in the debates surrounding health issues, while at the same time making a significant contribution to the development of interdisciplinary fields such as health promotion.

References

- Badgley, R. (1994). Health promotion and social change in the health of Canadians. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 20–40). Toronto: W.B. Saunders.
- Bottroff, J.L., Johnson, J.L., Ratner, P.A., & Hayduck, L.A. (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 45(1), 30–36.
- Bunton, R., & Macdonald, G. (Eds.). (1992). *Health promotion: Disciplines and diversity*. London and New York: Routledge.
- Dallaire, C. (1991). Action politique: Le contenu. *L'Appui*, 8(2), 3–6.
- Dallaire, C., O'Neill, M., & Lessard, C. (1994). Les enjeux majeurs pour la profession infirmière. In V. Lemieux et al. (Eds.), *Le système de santé au Québec: Organisations, acteurs, enjeux* (pp. 245–272). Ste-Foy, QC: Presses de l'Université Laval.
- Evans, R., Barer, M., & Marmor, T. (Eds.). (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of the health of populations*. New York: Aldine De Gruyter.
- Flynn, B. (1996). Healthy cities: Toward worldwide health promotion. *Annual Review of Public Health*, 17, 299–309.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé: Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67–94.
- Gottlieb, L. (1992). Nurses not heard in the health promotion movement. *Canadian Journal of Nursing Research*, 24(4), 1–2.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach* (2nd ed.). Mountain View, CA: Mayfield Publishing.
- Hagan, L., O'Neill, M., & Dallaire, C. (1995). Linking health promotion and community health nursing: Conceptual and practical issues. In M. Stewart (Ed.), *Community nursing: Promoting Canadians' health* (pp. 413–429). Toronto: W.B. Saunders.
- Hagan, L., & Proulx, S. (1996). L'éducation pour la santé: Le temps d'agir. *L'infirmière du Québec*, 3(3), 44–52.
- Hancock, T., & Labonté, R. (1997, March). *Health promotion in action: The Canadian experience*. Paper submitted to Health Canada in preparation for the Djakarta conference.
- Kickbusch, I. (1986). Health promotion: A global perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 77(5), 321–327.
- Kickbusch, I. (1989). *Good planets are hard to find*. Copenhagen: FADL Publishers. (Healthy Cities Papers #5.)
- Kickbusch, I. (1994). Tell me a story. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives* (pp. 8–19). Toronto: W.B. Saunders.

- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens*. Ottawa: Department of Supply and Services.
- Milio, N. (1971). 9226 Kercheval: *The storefront that did not burn*. Ann Arbor, MI: Ann Arbor Paperbacks and University of Michigan Press.
- Milio, N. (1986). *Promoting health through public policy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- O'Neill, M. (1996, November 20). *Promouvoir la santé au Canada au XXI^e siècle: Quel Canada? Quelle santé? Quelle promotion?* Paper presented at conference celebrating the 10th anniversary of *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa.
- O'Neill, M., & Cardinal, L. (1994). Health promotion in Quebec: Did it ever catch on? In A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada* (pp. 262-283). Toronto: W.B. Saunders.
- O'Neill, M., & Pederson, A. (1994). Two analytic paths for understanding Canadian developments in health promotion. In A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada* (pp. 40-55). Toronto: W.B. Saunders.
- O'Neill, M., Rootman, I., & Pederson, A. (1994). Beyond Lalonde: Two decades of Canadian health promotion. In A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Eds.), *Health promotion in Canada* (pp. 374-387). Toronto: W.B. Saunders.
- The Ottawa Charter for Health Promotion*. (1986). Ottawa: World Health Organization, Canadian Public Health Association, and Health & Welfare Canada.
- Rootman, I., & Goodstadt, M. (1996). *Health promotion and health reform in Canada*. Unpublished position paper presented by the Canadian Consortium for Health Promotion Research to the Canadian Forum on the Health of Canadians, University of Toronto Centre for Health Promotion.
- Stevens, P. (1989). A critical social reconceptualization of environment in nursing: Implications for methodology. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 56-68.
- Stewart, M. (Ed.). (1995). *Community nursing: Promoting Canadians' health*. Toronto: W.B. Saunders.
- Williams, D.M. (1989). Political theory and individualistic health promotion. *Advances in Nursing Science*, 12(1), 14-25.
- World Health Organization. (1997). *New players for a new era: Leading health promotion in the 21st century*. Geneva: WHO and Ministry of Health, Republic of Indonesia.