

A B R É G É

Les programmes communautaires en promotion de la santé doivent durer longtemps pour obtenir un impact significatif sur les statistiques sociosanitaires liées à ces habitudes et conditions de vie. Leur efficacité réside notamment dans l'institutionnalisation de ces programmes.

Ces programmes souvent nouveaux pour l'organisation hôte devraient survivre au-delà des ressources formelles de santé publique investies. Cependant, il s'avère que certains programmes disparaissent avec le retrait du financement extérieur, ce qui coûte cher à l'organisation puisque le programme aura mobilisé et créé des attentes auprès des acteurs locaux générant parfois de la résistance face à l'implantation d'autres programmes de promotion de la santé. C'est pourquoi il devient pertinent de comprendre les principes et les processus impliqués dans le maintien ou l'institutionnalisation des programmes.

À partir d'une revue de littérature de 28 articles, le présent article examine différents modèles théoriques (environnemental, organisationnel, communautaire ou de marketing) qui mettent en relief diverses variables explicatives ou prédictives du maintien d'un programme de promotion de la santé dans une organisation. Puis, l'article propose un modèle qui tente d'amalgamer plusieurs de ces variables sous diverses catégories : caractéristiques liées au programme, caractéristiques liées à la cible-hôte, caractéristiques liées à l'adoption, à l'implantation, à l'appropriation et à l'incorporation, enfin caractéristiques liées à l'ajustement mutuel.

A B S T R A C T

Community-based health promotion programs to change lifestyle habits must remain in their host organizations for extended periods of time in order to have impact. Their effectiveness can be closely linked to their long term viability or institutionalization.

To remain viable, these programs must survive beyond initial investment and support by external organizations. However, some programs disappear when external investment is withdrawn. This can be costly and in addition can generate resistance to the implementation of other health promotion programs in the future. Recently, interest in the processes involved in the institutionalization of these programs has increased.

Based on 28 publications, this article reviews selected conceptual models that highlight environmental, organizational, community and marketing-related variables possibly related to the institutionalization process. A new model is proposed to link these diverse models according to: characteristics of the program, characteristics of the host organization, characteristics related to the adoption, implementation and incorporation of the program, and finally characteristics related to the fit (mutual adjustment) between the host and the program.

L'institutionnalisation des programmes communautaires : revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle

Lise Renaud, PhD,¹ Sylvie Chevalier, MSc,² Jennifer O'Loughlin, PhD³

Plusieurs organisations, qu'il s'agisse d'écoles, d'entreprises privées, d'organisations à but non lucratif ou d'organismes communautaires, sont amenées à collaborer à la planification et à la mise en place de programmes de promotion de la santé dans leur organisation. Ces programmes, souvent initiés par un financement gouvernemental attribué aux intervenants de santé publique, doivent survivre au-delà des ressources investies. Certains se maintiennent, d'autres disparaissent lors du retrait des ressources de santé publique, entraînant parfois de la résistance de la part de ces organisations à intégrer d'autres programmes de promotion de la santé.¹

La façon de maintenir ces programmes dans les organisations soulève plusieurs questions : comment une organisation se mobilise-t-elle autour d'un programme de promotion de la santé ? Quels sont les processus structuraux et contextuels qui permettent la poursuite des programmes de promotion de la santé après le retrait de l'organisme initiateur ? Goodman et al.,² Altman et al.,³ Lefebvre¹ et Steckler et Goodman⁴ soulignent que ces questions restent à approfondir, ce qui porte à analyser de façon systématique tous les

processus impliqués dès la période d'implantation jusqu'à son maintien.

Le présent article examine différents modèles théoriques présents dans la littérature. Cette revue de littérature ne prétend pas être exhaustive mais couvre bien l'ensemble des variables explicatives ou prédictives du maintien des programmes de promotion de la santé dans une organisation. Maintien, incorporation, appropriation, transférabilité, durabilité et institutionnalisation sont souvent utilisés pour décrire le même phénomène, qui avec quelques nuances, réfère à la viabilité à long terme et à l'intégration d'un nouveau programme de promotion de la santé dans une organisation. Dans le présent article, le terme institutionnalisation sera utilisé.

DÉFINITION

Plusieurs auteurs⁴⁻⁶ accordent à Rogers⁷ le crédit d'être l'un des premiers à s'être intéressé à l'institutionnalisation. Selon Rogers,⁷ l'institutionnalisation d'un programme est l'étape finale du processus de sa diffusion. L'institutionnalisation apparaît lorsqu'un programme est devenu partie intégrante du travail de l'utilisateur.

Après avoir adopté le nouveau programme, l'organisation l'implante et le maintient si la phase d'implantation s'avère un succès. La description de ce processus s'est raffinée au cours des années, amenant des principes plus détaillés de ce qui se passe à chacune de ces étapes. Désormais, l'institutionnalisation est généralement définie comme étant l'intégration d'un programme de promotion de la santé dans la structure d'une organisation.^{1,4,8-11} Lorsqu'un programme est institutionnalisé, il fait partie de la mission, de l'organigramme de l'organisation, et des budgets y sont alloués chaque année.^{2,12}

Habitudes de vie/Santé du coeur, Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre

1. Boursière senior du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et chercheur à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
2. Agente de recherche à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
3. Boursière du Programme national de recherche et développement en santé (PNRDS) et chercheur à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Correspondance et tirés-à-part : Lise Renaud, Habitudes de vie/Santé du coeur, Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-Centre, 4835 avenue Christophe-Colomb, Montréal (Québec) H2J 3G8, Tél : 514-528-2400, poste 3447, Téléc : 514-528-2512, C. élec : renaudli@ere.umontreal.ca

REVUE DES MODÈLES THÉORIQUES DE L'INSTITUTIONNALISATION

L'institutionnalisation est expliquée de différentes façons, selon les auteurs qui s'y intéressent. Ce sont ces principaux modèles d'institutionnalisation qui seront présentés dans cet article. Les banques de données Medline, Eric et CINAHL ont permis de repérer 28 articles pertinents qui ont été identifiés avec les mots-clés suivants : institutionnalisation, incorporation, appropriation, maintien, programme de promotion de la santé, institutionalization, community health planning, ownership, program evaluation, diffusion of innovation, continuity, sustainability.

Approche classique de la diffusion d'une innovation

Selon Rogers,⁷ un utilisateur prend tout d'abord connaissance du programme ("awareness"), prend la décision de l'appliquer ("decision"), l'implante ("implementation"), puis maintient son application ("institutionalization"). En conséquence, l'institutionnalisation implique des changements tant au niveau organisationnel qu'individuel. Bien que ce modèle soit linéaire, son intérêt est d'avoir identifié des étapes d'un processus menant à l'institutionnalisation.

Approche organisationnelle

Steckler et Goodman⁴ proposent un modèle explicatif de l'institutionnalisation des interventions de promotion de la santé. Ce modèle démontre qu'une organisation hôte adopte tout d'abord un programme congruent avec ses valeurs et ses normes. Toutefois, le programme devra aussi s'ajuster aux valeurs et aux objectifs de cette organisation et de ses membres. Pour ce faire, il devra s'ajuster afin de rencontrer : 1) le niveau de conscientisation des acteurs face à la problématique de santé; 2) l'importance accordée par les membres de l'organisation hôte à la problématique ciblée par le programme; 3) la réceptivité du milieu en regard de ce problème de santé; 4) la disponibilité de solutions dans le milieu pour contrer ce problème; 5) l'adéquation des ressources disponibles (humaines et matérielles) pour

solutionner le problème; et 6) les bénéfices perçus à utiliser et mettre en oeuvre le programme, justifiant ainsi son application. Il y a également ajustement mutuel entre l'agence externe et l'organisation hôte.

Ces conditions une fois rencontrées amènent les membres d'une organisation à converger en une coalition, laquelle prendra en charge la solution au problème de santé (en l'occurrence le programme de promotion de la santé). Cette coalition, couplée à un « champion de programme » (celui qui assume un rôle-clé ou le porte-parole du programme présent dans l'organisation), représente, selon les auteurs, une formule gagnante pour l'institutionnalisation d'un programme dans une organisation. Le même processus peut s'appliquer dans une communauté (par exemple un quartier) lorsque les membres de plusieurs organisations forment une coalition pour résoudre un problème de santé.

L'intérêt de ce modèle est notamment de discuter de l'ajustement mutuel entre l'agence externe et l'organisation hôte, de cerner les conditions préalables à l'implantation d'un programme, d'examiner l'effet de la présence d'un « champion de programme » et de souligner l'importance de travailler à ce que les membres-clés des organisations concernées se regroupent afin de soutenir le programme une fois les ressources de santé publique retirées.

Le degré de l'institutionnalisation, fort, moyen ou faible, nous est proposé par Steckler et Goodman,⁴ et Goodman et al.^{2,5} Il se mesure en comptant le nombre de cellules qui sont occupées par le programme de promotion à l'intérieur des sous-systèmes d'une organisation (production, gestion, soutien administratif). L'intensité de l'institutionnalisation se mesure à travers trois étapes : 1) les passages qui s'actualisent par la transition formelle dans les procédures et structures de l'organisation hôte; 2) la routine qui reflète la permanence du programme et des cycles prévus; 3) le degré de saturation qui réfère à l'expansion maximum d'un programme dans l'organisation hôte.

Approche environnementale

La perspective de Scheirer,¹³ et Roberts-Gray et Scheirer¹⁴ s'inspire du modèle de « système organisationnel ouvert » de Katz et

Kahn¹⁵ qui postule qu'une organisation interagit avec l'environnement dans lequel elle se trouve.

À partir de ce postulat, Scheirer¹³ a élaboré un modèle à trois niveaux d'analyse, expliquant l'institutionnalisation d'un programme : les niveaux macro, intermédiaire et micro. Inspiré par Rogers,⁷ l'auteur place son modèle dans un continuum temporel, dans lequel l'organisation hôte décide tout d'abord d'adopter un nouveau programme, puis l'implante en rassemblant les ressources nécessaires pour sa mise en oeuvre, s'adapte à ce programme en effectuant des changements dans les rôles de ses membres, réussit à traverser cette étape de transition en solutionnant les problèmes que ces changements peuvent apporter, ce qui résulte en l'institutionnalisation du programme dans l'organisation hôte. Tout en suivant les étapes de Rogers,⁷ l'auteur démontre que l'institutionnalisation se mesure en vérifiant la congruence d'un programme à travers trois paliers :

- 1) le niveau macro ou environnemental, où il y a congruence de la mission, des règles du processus décisionnel, des ressources de l'organisation et de ses relations avec l'environnement dans lequel le programme baigne;
- 2) le niveau intermédiaire ou organisationnel s'attarde à la congruence des aspects organisationnels qui affectent les activités de l'organisation. Il s'agit de s'assurer que les attentes des superviseurs, les routines, les exigences techniques requises pour mettre en oeuvre le programme, les normes du groupe de travail ainsi que les modes de communication entre l'organisation hôte et son environnement sont compatibles avec le programme et les exigences que son implantation requiert;
- 3) finalement, le niveau micro ou individuel cerne la congruence des habiletés des membres de l'organisation hôte, les possibilités de les former et de reconnaître leurs efforts avec celles requises pour la mise en oeuvre et l'utilisation du programme.

Ce modèle favorise l'étude de l'institutionnalisation dans les structures organisationnelles et cerne les influences politiques présentes dans l'organisation hôte lors de l'adoption et de l'implantation.

Approche inspirée du marketing social

Lefebvre^{1,16} décrit l'institutionnalisation comme l'objectif à atteindre à long terme lors de l'implantation d'un programme non seulement dans une organisation mais également dans une communauté. L'institutionnalisation signifie non seulement le maintien du programme dans une organisation hôte, mais réfère également aux pratiques, aux relations et aux valeurs qui lui sont associées et qui y sont dorénavant ancrées tant au niveau individuel, organisationnel que communautaire.

Lefebvre¹ nous présente un modèle de planification de l'institutionnalisation visant non seulement les organisations mais également quatre cibles : 1) des individus ayant un certain leadership dans leur milieu, qui assumeront un rôle-clé dans le maintien du programme; 2) des organisations (écoles, milieux de travail) qui inséreront le nouveau programme dans leur programmation habituelle; 3) des réseaux (table de concertation, etc.) qui, en mettant à leur agenda la problématique ciblée par le programme, favoriseront ainsi sa mise en oeuvre et son maintien; et 4) des agences de coordination (fondation, comité de citoyens, etc.) qui créeront de nouvelles structures pour maintenir le programme dans la communauté.

Ce modèle est intéressant parce qu'il étudie l'institutionnalisation dans la communauté. Il est utile pour le planificateur qui vise le maintien à long terme du programme dans la communauté en choisissant la cible la plus appropriée. Cependant il est peu utile pour celui qui veut expliquer le processus d'institutionnalisation.

Approche inspirée de l'organisation communautaire

Le principal auteur à s'être intéressé à l'institutionnalisation à partir des principes de l'organisation communautaire est Bracht^{6,17} et ses collaborateurs.¹⁸ Ces auteurs soutiennent que l'implication des citoyens dans l'élaboration, la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation de programme constitue un indice favorable à leur maintien dans les organisations communautaires.

Tout en s'inspirant des étapes du modèle classique de Rogers,⁷ ils ont raffiné ce processus en y ajoutant deux étapes absentes du modèle original. Selon ces

auteurs, l'implication des citoyens dans la mise sur pied du programme génère un sentiment d'appropriation et stimule leur incorporation, puis leur institutionnalisation dans les organisations concernées. Bracht et al.,⁶ et Rissel et al.¹⁸ sont les seuls à proposer ces deux étapes intermédiaires entre l'implantation et l'institutionnalisation d'un programme dans une organisation communautaire. Cette distinction se situe en regard du degré plus ou moins important d'assistance de l'agence extérieure dans l'obtention de ressources humaines et financières et par conséquent, dans l'implication de plus en plus importante de l'organisation hôte en termes de responsabilités face au programme.

L'incorporation représente la période de transfert des responsabilités du programme (ressources, direction) d'une organisation externe à une organisation hôte. Ce qui est fondamental à cette étape, c'est le retrait graduel ou le désengagement de l'organisation externe du processus décisionnel, afin que le contrôle sur le programme revienne à l'organisation hôte. L'organisation externe apporte un soutien technique à l'organisation hôte, tant au niveau de la planification, de l'implantation ou de l'évaluation d'un programme.

Appropriation (traduction libre de "community ownership") et «contrôle» ont souvent été utilisés pour décrire le même phénomène, soit le sentiment qu'a une organisation de posséder et de contrôler un programme.¹⁹⁻²² Dans ce même ordre d'idées, Thompson et Kinne²³ définissent l'appropriation comme le sentiment de responsabilité et de contrôle envers un programme de façon à ce qu'il puisse se maintenir après que l'agence externe ait retiré les ressources qui y étaient injectées.

Bracht et al.⁶ spécifient que l'appropriation d'un programme est la résultante de la participation des citoyens se traduisant par une implication réelle dans la planification, l'implantation et la formulation de recommandations visant l'institutionnalisation du programme à long terme. Comme Bracht et al.⁶ le soulignent, l'appropriation des diverses interventions de promotion de la santé semble être la résultante de la participation des citoyens.²⁴⁻²⁶ Une autre variable pourrait également intervenir dans ce processus, soit le niveau de collaboration

des différents acteurs impliqués dans le programme communautaire de promotion de la santé. Les principaux acteurs locaux arrivent à «collaborer» ou à «coopérer».²⁷⁻²⁸

L'intérêt d'utiliser ce modèle réside dans le fait qu'on peut dès la phase d'implantation amorcée, entreprendre des actions qui stimuleront le sentiment d'appropriation puis d'incorporation du programme dans l'organisation hôte concernée, favorisant ainsi son institutionnalisation.

DISCUSSION

L'examen des 28 articles portant sur l'institutionnalisation d'un programme communautaire de promotion de la santé nous a amenés à constater la confusion liée au terme communauté ou communautaire. La majorité des articles réfèrent à la mise en place du programme dans les organisations dites « communautaires ». Seul l'article de Lefebvre¹ dépasse cette vision d'organisation et ancre le programme dans plusieurs structures, notamment celle de réseau et d'agence de coordination, les deux structures regroupent des organisations dans la communauté, définie par une zone géographique, en vue de réaliser des objectifs communs.

L'intérêt des différents modèles théoriques est de mettre en relief plusieurs variables intervenant dans le processus d'institutionnalisation d'un programme de promotion de la santé. Le modèle proposé à la figure 1 tente d'amalgamer plusieurs de ces variables sous diverses catégories : caractéristiques du programme, caractéristiques de la cible-hôte, ajustement mutuel, caractéristiques liées à la fois à l'adoption, à l'implantation, à l'appropriation, à l'incorporation et à l'institutionnalisation. Les stades du programme, de la sensibilisation jusqu'à l'institutionnalisation en passant par l'adoption, l'implantation, l'appropriation et l'incorporation, indiquent des étapes différentes dans le processus qui sont jumelées au degré d'assistance qu'apporte l'agence externe.

Ainsi, un programme de promotion de la santé venant d'une agence externe est offert à une cible-hôte. Ce programme possède des caractéristiques spécifiques.

La cible-hôte est celle auprès de qui l'implantation du programme de promo-

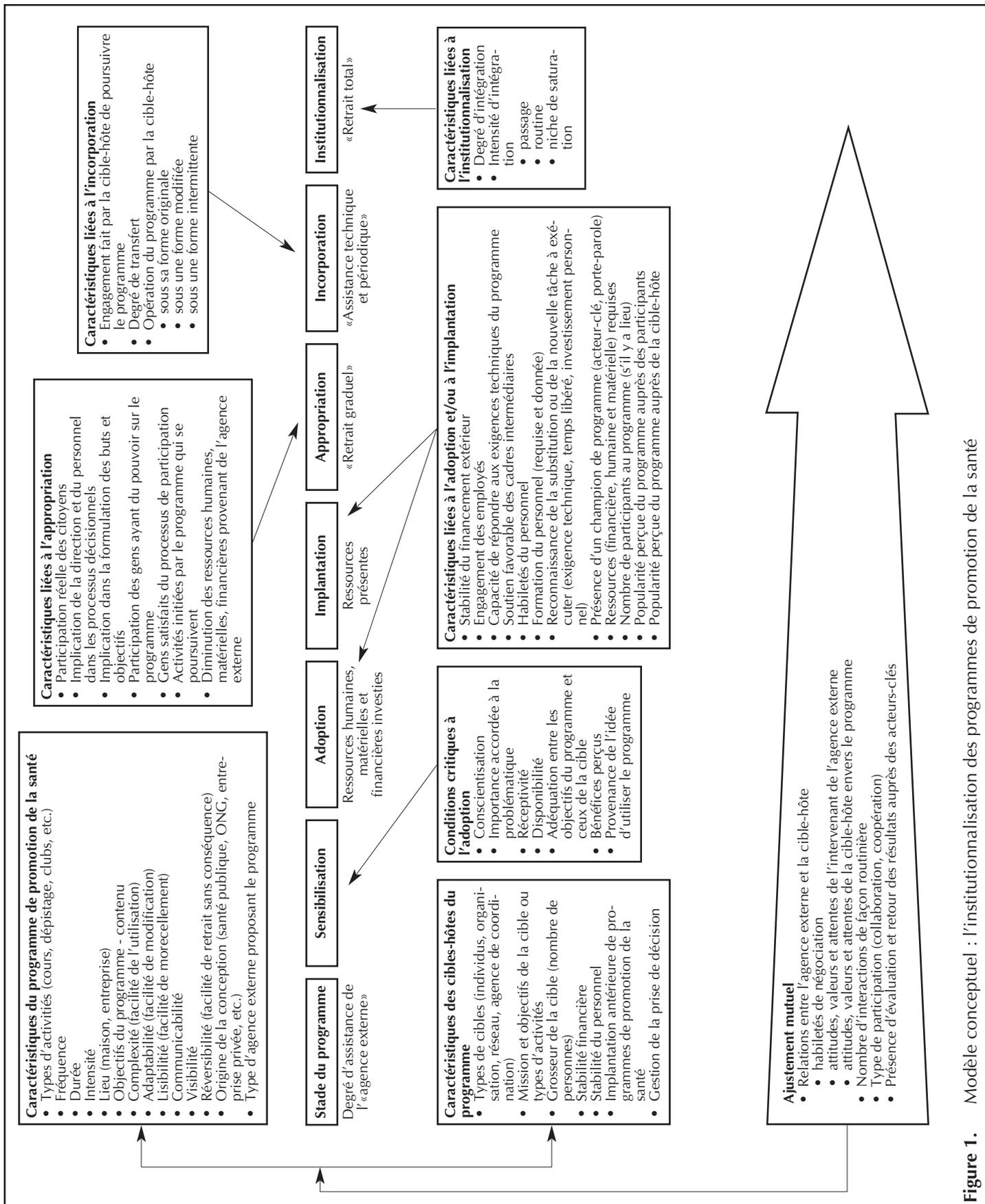


Figure 1. Modèle conceptuel : l'institutionnalisation des programmes de promotion de la santé

tion de la santé est négociée. Dans une communauté, définie en termes de zone géographique ou lieu d'appartenance, le programme peut être offert à quatre cibles : à un individu, à une organisation, à un réseau ou à une agence de coordination. Cette cible-hôte possède des caractéristiques spécifiques.

Au départ, et ce, tout au long du processus qui mène à l'institutionnalisation, il y a nécessairement un ajustement mutuel entre le programme et la cible-hôte. Cet ajustement se réalise à travers les relations entre l'agence externe et la cible, le nombre d'interactions de façon routinière ainsi que le type de participation sollicitée.

Avant qu'une cible-hôte adopte un programme, certaines conditions critiques doivent être examinées et présentes pour qu'il y ait un minimum de congruence entre le programme et la cible-hôte.

La revue de littérature ne permet pas de séparer de façon distincte les caractéristiques liées à l'adoption de celles de l'implantation. Ces caractéristiques interviennent à des degrés différents au moment de l'une ou l'autre étape du processus qui conduit potentiellement à l'institutionnalisation.

Les caractéristiques liées à l'appropriation sont celles qui décrivent le processus de prise de contrôle à l'intérieur de la cible-hôte tandis que les caractéristiques liées à l'incorporation sont celles qui décrivent le transfert des responsabilités du programme (ressources et direction) à la cible-hôte et le type d'adaptation réalisé par le programme.

L'institutionnalisation est examinée à travers le degré et l'intensité de l'intégration du programme.

CONCLUSION

Dans une perspective d'institutionnalisation donc de durabilité des programmes de promotion de la santé dans les cibles-hôtes, il est pertinent de cerner les processus structuraux et contextuels qui permettent la poursuite de ces programmes après le

retrait des ressources formelles de santé publique investies.

Le modèle proposé à la figure 1 tente d'amalgamer différentes variables sous plusieurs catégories. Le processus d'institutionnalisation passe par les stades d'adoption, d'implantation, d'appropriation, d'incorporation puis finalement d'institutionnalisation. Ce modèle doit être testé pour inférer ou confirmer la présence et la place des diverses variables.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lefebvre RC. Strategies to maintain and incorporate successful programs: A marketing framework, dans: NF Bracht (Ed), *Organizing for Community Health Promotion: Handbook of Models and Processes*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990;209-28.
2. Goodman RM, Steckler A, Hoover S, Schwartz R. A critique of contemporary community health promotion approaches: Based on a qualitative review of six programs in Maine. *Am J Health Promotion* 1992(3, January-February):208-20.
3. Altman DG, Endres J, Linzer J, Lorig K. Obstacles to and future goals of ten comprehensive community health projects. *J Commun Health* 1991;16:299-314.
4. Steckler RM, Goodman RM. How to institutionalize health promotion programs. *Am J Health Promotion* 1989; 3(4):34-44.
5. Goodman RM, McLeroy KR, Steckler AB, Hoyle RH. Development of level of institutionalization scales for health promotion program. *Health Educ Q* 1993;20(2, Summer):161-78.
6. Bracht N, Finnegan JR, Rissel C. Community ownership and program continuation following a health demonstration project. *Health Educ Res* 1994;9(2):243-55.
7. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. New York, London: The Free Press, 1983.
8. Gans KM, Levin BS, Plotkin ML, Carleton RA. Implementation and institutionalization of heart health programming in schools: The Pawtucket Heart Health Program Experience. *J Health Educ* 1994;2(March-April):89-96.
9. Goodman RM, Steckler AB. A model for the institutionalization of health promotion programs. *Fam Commun Health* 1989;11(4):63-78.
10. Goodman RM, Steckler AB. A framework for assessing program institutionalization. *Knowledge in Society: The International Journal of Knowledge Transfer*. 1989;2(1):57-71.
11. Parcel GS, Eriksen MP, Lovato CY, et al. The diffusion of school-based tobacco use prevention programs: Project description and baseline data. *Health Educ Res* 1989;4(1):111-24.
12. Beyer JM, Trice HM. *Implementing Change: Alcoholism Policies in Work Organizations*. New York, NY: The Free Press, 1978, In: Goodman RM, McLeroy KR, Steckler AB, Hoyle RH. Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health Educ Q* 1993;20(2, Été):161-78.

13. Scheirer MA. *Program Implementation, the Organizational Context, Contemporary Evaluation Research, a Series of Book and Applied Social Science*. Freeman HE, Berk RA (Eds.), Beverly Hills, London: Sage Publications, 1981.
14. Roberts-Gray C, Scheirer MA. Checking the congruence between a program and its organizational environment. In: Conrad KJ, Roberts-Gray C (Eds.), *Evaluating Program Environments*. San Francisco: Jossey-Bass.
15. Katz D, Kahn L. The social psychology of organizations. New York: John Wiley, 1966. In: Scheirer MA. *Program Implementation, the Organizational Context, Contemporary Evaluation Research, a Series of Book and Applied Social Science*. Howard E. Freeman, Richard A. Berk (Eds.), Beverly Hills, London: Sage Publications, 1981.
16. Lefebvre RC. Sustainability of health promotion programmes. *Health Prom Int* 1992;7(4):239-40.
17. Bracht N, Kingsbury L. Community organization principles in health promotion. In Bracht N (Ed.), *Health Promotion at the Community Level*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.
18. Rissel C, Finnegan J, Bracht N. Evaluating quality and sustainability: Issues and insights from the Minnesota Heart Health Program. *Health Prom Int* 1995;10(3):199-207.
19. Staples L. Roots to Power - A Manual for Grassroots Organizing, New York: Praeger, 1984. In: Flynn BS. Measuring community leaders' perceived ownership of health education programs: Initial tests of reliability and validity. *Health Educ Res* 1995;10(1):27-36.
20. Flynn BS. Measuring community leaders' perceived ownership of health education programs: Initial tests of reliability and validity. *Health Educ Res* 1995;10(1):27-36.
21. Lee AJ, Bonson APJ, Yarmirr D, et al. Sustainability of a successful health and nutrition program in a remote aboriginal community. *Med J Australia* 1995;162(June):632-35.
22. Levine DM, Becker DM, Bone LR, et al. A partnership with minority populations: A community model of effectiveness research. *Ethnicity and Disease* 1992;2(3):296-305.
23. Thompson B, Kinne S. Social change theory: Applications to community health. In: Bracht NF (Eds.), *Organizing for Community Health Promotion: Handbook of Models and Processes*. Newbury Park, CA: Sage Publication, 1990;45-65.
24. Bracht N, Tsouros A. Principles and strategies of effective community participation. *Health Prom Int* 1990;5(3):199-208.
25. Bjäräs G, Haglund BJA, Rifkin SB. A new approach to community participation assessment. *Health Prom Int* 1991;6(3):199-206.
26. Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: On measuring participation. *Soc Sci Med* 1988;26(9):931-40.
27. Hord SM. A synthesis of research on organizational collaboration. *Educational Leadership* 1986;(43):22-26.
28. Benard B. Working together: Principles of effective collaboration. *Prevention Forum* 1989; October:4-9.

Reçu : 30 juillet 1996

Accepté : 20 décembre 1996