Évaluation de la fiabilité et de la validité d'un instrument de mesure de l'activation communautaire

Dieudonné Jean-Baptiste, MD¹

Mustapha Berre, MPH²

Louise Potvin, PhD^{1,2}

RÉSUMÉ

Objectif : Cet article étudie les propriétés psychométriques d'une mesure de l'activation communautaire utilisée dans l'évaluation du volet québécois de l'Initiative fédérale-provinciale en santé du cœur. Cette mesure comporte 3 échelles, une pour chaque cible d'intervention.

Méthode : Les données ont été collectées par enquête téléphonique auprès de 199 informateurs-clé issus des 24 communautés du projet. Le coefficient alpha de Cronbach et la corrélation intraclasse ont permis d'étudier la fiabilité des échelles, leur validité a été estimée par analyses factorielles exploratoires.

Résultats : L'instrument présente une bonne consistance interne avec des coefficients alphas de Cronbach variant de 0,71 à 0,83. Les coefficients de corrélation intraclasse sont très faibles (-0,04 à 0,11). Les analyses factorielles indiquent une structure unidimensionnelle pour chaque échelle.

Interprétation : Ces résultats indiquent que l'instrument semble bien mesurer les opinions des informateurs mais qu'une classification des communautés à partir d'un score obtenu par l'agrégation des opinions d'informateurs d'une même communauté pourrait être problématique.

The translation of the abstract appears at the end of the article.

1. Département de médecine sociale préventive, Université de Montréal, Montréal, Québec

2. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

Correspondance : Prof. Louise Potvin, GRIS - Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Tél : 514-343-6142, Téléc. : 514-343-2207, Courriel : Louise.Potvin@UMontreal.CA

Remerciements : Cette recherche a été effectuée avec les données du Projet québécois de démonstration en santé du cœur qui a bénéficié du soutien financier du Programme national de recherche en matière de santé (PNRDS # 6605 3704-HH) du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec et de la Fondation québécoise des maladies du cœur. L. Potvin bénéficie d'une bourse de Scientifique du Conseil de recherche médical du Canada (CRM #H3-17299-AP007270).

Il existe un consensus croissant quant à l'efficacité potentielle des interventions communautaires en promotion de la santé et leur importance dans une stratégie de santé publique.¹⁻¹² Cependant, les données d'évaluation apportent peu de résultats convaincants à l'appui de cette conclusion.¹³⁻¹⁶ Par ailleurs, ces évaluations ont surtout mis l'accent sur les effets, ne s'intéressant que marginalement aux processus communautaires. Or, les recherches sur la santé et la communauté documentent le fait que les caractéristiques et les processus communautaires affectent à la fois les comportements et les états de santé bien que les mécanismes sous-jacents ne soient pas encore élucidés.⁹ La mesure des processus communautaires est une étape importante dans la compréhension de ces mécanismes afin de valider certains modèles de promotion de la santé dans lesquels ils occupent une place importante.^{3,17}

L'un des processus communautaires ciblés dans les programmes de prévention-promotion en santé du cœur est l'activation communautaire. Celle-ci comprend : 1) des efforts organisés pour accroître la prise de conscience et le consensus communautaires sur un ou des problèmes de santé; 2) une planification et une coordination organisationnelles et interorganisationnelles des programmes; 3) une allocation interorganisationnelle des ressources aux activités; et 4) l'implication des citoyens dans ces processus.^{18,19} Du point de vue opérationnel, on distingue trois dimensions à l'activation communautaire : 1) la planification organisationnelle qui réfère à l'intégration d'activités de promotion de la santé dans les activités routinières d'une organisation; 2) la coordination interorganisationnelle qui se rapporte aux liens existant entre deux ou plusieurs organisations dans la mise en place de telles activités; et 3) l'intensité des activités qui englobe l'intérêt, la pertinence et la quantité d'activités de promotion de la santé mises en œuvre.

Une échelle de mesure de l'activation communautaire a été élaborée au début des années 1990.¹⁸ Elle a été adaptée et utilisée dans le cadre de l'évaluation du volet québécois de l'Initiative fédérale-provinciale en santé du cœur, le Projet québécois de démonstration en santé du cœur (PQDSC). L'intervention s'est déroulée de 1993 à 1997 dans 12 communautés et

TABLEAU I

Statistiques descriptives et coefficients de fidélité des trois sous-échelles

Échelles	Statistiques descriptives†			Coefficients de fiabilité		
	Score moyen	Écart-type	Étendue	Alpha de Cronbach	Corrélation intraclasse	Coefficients de fiabilité‡
Tabac (n=123)	10,98	2,57	5,0-19,0	0,71	0,04	0,60
Activité physique (n=160)	13,59	2,69	5,0-20,0	0,77	-0,04	-0,44
Gras alimentaire (n=126)	9,70	3,02	5,0-17,0	0,83	0,11	0,32

† Plus le score moyen d'une échelle est élevée, plus la communauté est activée par rapport à la cible considérée.

‡ Les coefficients de fiabilité ont été calculés à partir de l'équation de Spearman Brown²¹ pour 8 informateurs par communauté.

visait la réduction du tabagisme, l'augmentation de l'activité physique de loisir et la diminution de la consommation de gras.¹⁷ Cette étude examine les qualités psychométriques de cette échelle en utilisant les données de pré-test de l'évaluation du PQDSC. S'agissant de la première utilisation de cet instrument, les résultats de cette étude permettront d'évaluer dans quelle mesure l'instrument capte bien l'opinion des informateurs concernant l'activation vis-à-vis d'un problème de santé dans leur communauté et si l'agrégation de ces opinions pour une même communauté permet une mesure fiable du niveau d'activation des communautés.

MÉTHODE

Sujets, échantillonnage et collecte des données

Les données ont été recueillies auprès d'informateurs provenant des 12 communautés expérimentales et de 12 communautés témoins par enquête téléphonique réalisée par 2 interviewers entraînés au printemps 1993, soit avant le début des activités du PQDSC. Pour sélectionner les informateurs, on a constitué une liste d'organismes communautaires susceptibles d'être impliqués dans les activités de promotion de la santé. Cette liste comprenait 10 types d'organisations : établissement scolaire primaire, centre local de services communautaires, autorité municipale, organisme chargé des loisirs municipaux, club social, organisme d'entraide, association commerciale, organisme religieux, média régional, comité de santé du cœur. Puis, un recensement des organismes a été effectué dans les 24 communautés à l'étude. Dans les rares cas où plusieurs organisations faisaient partie d'un même type, celle qui avait le plus grand nombre de membres a été retenue. Toutes les localités n'étant pas pourvues de tous les types d'organismes, le nombre d'informateurs variait de 6 à 10 par communauté. Les informateurs choisis

étaient habituellement les personnes ayant le plus d'autorité dans l'organisation sélectionnée. Ils étaient au nombre de 199 et ont tous complété une entrevue d'une durée moyenne de 15 minutes.

L'instrument

Il s'agit d'un questionnaire de 24 questions divisé en trois échelles de 8 items qui sont répétés pour chacune des trois cibles du PQDSC, soit le tabagisme, la consommation de gras alimentaire et la pratique d'une activité physique de loisir. Ces questions se présentent sous forme d'échelle de Likert en 4 points. Les items pour lesquels les informateurs ont répondu « Ne sais pas » ont été considérés comme manquants.

La traduction de l'instrument de Wickizer¹⁸ a été réalisée par une personne bilingue possédant une expertise en promotion de la santé. Cette version fut soumise à un comité composé de chercheurs et d'intervenants. Des modifications ont été apportées pour adapter le questionnaire au contexte québécois. L'instrument a ensuite été pré-testé auprès d'une trentaine de personnes. L'analyse se restreint aux items 1, 2 et 4 à 6 de chaque échelle, puisque les trois dernières questions servent à caractériser les activités et ne s'appliquent qu'à un sous-groupe de communautés (copie du questionnaire en annexe).

Procédures d'analyse

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de SPSS 7.5 pour Windows. Tous les informateurs ne disposant pas d'informations sur toutes les cibles, leur nombre varie par rapport à chaque échelle : 123 pour le tabac, 160 pour l'activité physique et 126 pour la consommation de gras.

Pour apprécier la capacité des trois échelles à capter les opinions des informateurs, nous avons utilisé les coefficients alpha de Cronbach pour évaluer leur consistance interne de chaque échelle. De plus,

une série d'analyses factorielles et l'examen des corrélations entre les scores des échelles a permis d'en apprécier la validité. Enfin, nous avons utilisé le coefficient de corrélation intraclasse pour évaluer la fiabilité d'une classification des 24 communautés basée sur la sommation des scores attribués par les informateurs.²⁰ Cette classification apparaîtra d'autant plus fiable que la variation entre les scores attribués par les informateurs d'une même communauté est plus faible que la variation entre les scores attribués pour des communautés différentes. Le coefficient de corrélation intraclasse estime la fiabilité d'une classification basée sur le rapport d'un informateur-clé par communauté. L'équation de Spearman-Brown²¹ permet d'estimer à partir du coefficient de corrélation intraclasse la fidélité d'une classification basée sur l'agrégation des opinions de plusieurs informateurs.

RÉSULTATS

La variabilité dans les scores d'activation par rapport à toutes les cibles est faible (tableau I). Les items relatifs à la « préoccupation » ont eu les scores les plus élevés. L'item « disponibilité de fonds » a reçu les scores les plus faibles. Quant aux cibles, c'est la « consommation de gras » qui a obtenu le score le plus faible.

Les coefficients alpha de Cronbach varient selon la cible de 0,71 à 0,83 indiquant une bonne consistance interne des échelles et les coefficients de corrélation intraclasse sont très faibles (tableau I). Les corrélations entre les items sont significatives dans les trois échelles à l'exception de l'item « préoccupation » qui présente une corrélation presque nulle avec « élus municipaux » et « argent disponible » dans l'échelle tabac (tableaux II à IV).

L'analyse factorielle exploratoire révèle une structure unidimensionnelle expliquant de 48 à 60 pour cent de variance pour chacune des échelles (tableau V).

TABLEAU II

Matrice des corrélations entre les items de la sous-échelle tabac (N=123)

	Préoccupation	Travail ensemble	Élus municipaux	Argent disponible	Activités
Préoccupation	1,00				
Travail ensemble	0,46*	1,00			
Élus municipaux	0,02	0,33*	1,00		
Argent disponible	0,06	0,37*	0,47*	1,00	
Activités	0,16**	0,55*	0,46*	0,42*	1,00

* p<0,01 ** p<0,05

TABLEAU III

Matrice des corrélations de la sous-échelle activité physique (N=160)

	Préoccupation	Travail ensemble	Élus municipaux	Argent disponible	Activités
Préoccupation	1,00				
Travail ensemble	0,45*	1,00			
Élus municipaux	0,41*	0,37*	1,00		
Argent disponible	0,31*	0,18**	0,53*	1,00	
Activités	0,45*	0,45*	0,52*	0,47*	1,00

* p<0,01 ** p<0,05

TABLEAU IV

Matrice des corrélations de la sous-échelle consommation de gras (N=126)

	Préoccupation	Travail ensemble	Élus municipaux	Argent disponible	Activités
Préoccupation	1,00				
Travail ensemble	0,43*	1,00			
Élus municipaux	0,40*	0,62*	1,00		
Argent disponible	0,37*	0,46*	0,54*	1,00	
Activités	0,34*	0,65*	0,55*	0,61*	1,00

* p<0,01

TABLEAU V

Analyses factorielles† exploratoires de chacune des trois sous-échelles

Items	Coefficients factoriels (saturations)		
	Tabac (N=123)	Échelles Activités physiques (N=160)	Consommation de gras (N=126)
Préoccupation	0,28	0,61	0,51
Travail ensemble	0,72	0,55	0,78
Élus municipaux	0,58	0,73	0,76
Argent disponible	0,58	0,58	0,69
Activités	0,75	0,76	0,79
Pourcentage de variance expliquée par le premier facteur	48 %	53 %	60 %

† Extraction par la méthode des axes principaux, solution à un facteur.

L'item "préoccupation" présente une saturation faible (0,28) dans l'échelle tabac. Les corrélations entre les scores agrégés des trois échelles au niveau individuel sont toutes statistiquement significatives et sont de $r = 0,61$ ($n=110$) entre les échelles tabac et gras, $r = 0,44$ ($n=118$) entre les échelles activités physiques et tabac, et $r = 0,30$ ($n=120$) entre les échelles gras et activités physiques.

DISCUSSION

La réponse à la question relative à la capacité de l'instrument à mesurer l'opinion des informateurs est apportée par l'étude de la

consistance interne et la validité factorielle des échelles. Les coefficients alpha de Cronbach témoignent d'une bonne consistance interne pour les trois échelles. Elles sont cependant inférieures à celles rapportées par Wickizer et coll.¹⁸ Ce constat est cohérent avec la réduction de moitié du nombre d'items utilisés dans nos analyses et la faible variabilité de nos données. L'observation d'une plus grande variabilité dans l'étude américaine pourrait provenir de la répartition des communautés sur un plus grand territoire et du nombre élevé d'informateurs par communauté (27 en moyenne). Il se peut aussi que l'instrument ne soit pas assez sensible pour détecter la

variabilité qui existe entre les communautés.

Les analyses factorielles exploratoires ont révélé une structure unidimensionnelle pour les trois échelles. Ces facteurs semblent capter le concept d'activation communautaire et expliquent des pourcentages de variance acceptables. Cependant, cette solution ne correspond pas à notre cadre conceptuel qui suggère trois dimensions à ce concept. Des cinq items utilisés, le premier (Préoccupation) et le dernier (Activités) se rattachent conceptuellement à l'intensité des activités alors que les trois autres référerait à la coordination inter organisationnelle si l'on changeait la "disponibilité de fonds" en "allocation inter organisationnelle de fonds aux activités". L'item de l'instrument d'origine qui se rapporte à la planification organisationnelle n'a pas été traduit. Sa traduction, l'ajout d'autres items du même domaine de référence et l'utilisation d'un échantillon permettant d'inclure dans l'analyse les items qui caractérisent les activités pourraient faire apparaître une structure factorielle à trois dimensions cohérente, avec le cadre conceptuel.

Les analyses factorielles exploratoires suggèrent, en outre, que l'item "préoccupation" pourrait être supprimé, particulièrement dans l'échelle tabac où sa faible corrélation avec le facteur commun indique qu'elle apporte peu à l'explication factorielle. Cependant, nous ne suggérons pas de l'éliminer pour éviter de porter atteinte à la validité de contenu l'échelle. Par ailleurs, les corrélations significatives entre les scores des échelles semblent montrer que l'activation d'une communauté par rapport à une cible s'accompagne en général d'un certain degré d'activation en regard des autres, indiquant une tendance à l'intégration des activités en santé du cœur.

La réponse à la question concernant la fiabilité de la classification des communautés en fonction des scores agrégés d'activation est approchée par la corrélation intraclasse. Les coefficients obtenus étant faibles, l'utilisation de l'instrument pour comparer les communautés suivant leur score d'activation devrait se faire avec prudence.²⁰ Pour améliorer la fiabilité des scores agrégés, il faudrait utiliser un grand nombre d'informateurs par communauté, soit 20 pour avoir une fiabilité de 0,71

pour l'échelle 'gras' et 0,45 pour l'échelle 'tabac'.

Certaines limites de cette étude méritent d'être signalées. D'abord, en terme de généralisabilité, nous avons utilisé un devis dans lequel les informateurs sont nichés dans les communautés, elles mêmes nichées dans des interviewers. Ces derniers ne faisant pas partie de nos unités d'analyses, il nous a été impossible de tenir compte de la source de variation que représentent les interviewers. Nous avons tenté de minimiser « l'effet interviewer » par la standardisation des questions, un entraînement standard et la supervision de la collecte des données. De plus, l'échantillonnage non aléatoire des informateurs a donné lieu à un modèle fixe. Ils ne peuvent donc renseigner que sur la communauté dans laquelle ils vivent. C'est une contrainte inhérente à l'objet de l'étude. Il en résulte que l'univers de généralisation des résultats se limite aux informateurs provenant d'organisations similaires à celles échantillonnées pour cette étude.²²

Ensuite, l'utilisation d'un échantillon incluant un nombre important de communautés où ne se développent pas d'activités en santé du cœur ne nous a pas permis d'étudier les qualités psychométriques de l'instrument dans sa globalité puisque les 3 derniers items des échelles décrivent des caractéristiques des activités réalisées dans les communautés. Il importe enfin de signaler que la traduction de l'instrument de Wickizer et coll.¹⁸ n'a pas suivi les recommandations habituelles relatives à la traduction et à la validation transculturelle des instruments^{23,24} puisque l'objectif des auteurs était de l'adapter au contexte québécois plutôt que de le reproduire.

En conclusion, l'existence de cet instrument de mesure de l'activation communautaire représente, à notre avis, un premier pas dans la compréhension des mécanismes communautaires et de leur rôle dans les processus de changement de comportement au niveau individuel. Cet instrument présente une assez bonne validité de construit. Il manque cependant de validité de contenu puisque la dimension « planification organisationnelle » n'y est pas représentée. Il présente une consistance interne acceptable qui peut être encore améliorée par l'ajout d'autres items. Par contre, les faibles coefficients de corrélation intraclasse suggèrent la prudence quand il

ANNEXE

Échelle de mesure de l'activation communautaire

Je voudrais avoir votre opinion **personnelle** sur les préoccupations, les efforts et les appuis présents dans votre communauté en ce qui concerne le tabac, l'activité physique et la consommation de gras. Je vais vous poser trois ensembles de questions sur chacun des thèmes.

- D'après vous, est-ce que les citoyens de (**Localité**) sont très préoccupés, passablement préoccupés, peu ou pas du tout préoccupés par (les dangers de l'usage du tabac, la pratique de l'activité physique, la consommation de gras)
☐ Très préoccupé ☐ Passablement ☐ Peu ☐ Pas du tout ☐ N.S.P.
- Estimez-vous qu'il y a plusieurs, quelques, peu ou pas de personnes ou groupes qui travaillent ensemble à organiser des activités afin de (réduire l'usage du tabac, augmenter la pratique de l'activité physique, réduire la consommation de gras) à (**localité**)
☐ Plusieurs ☐ Quelques ☐ Peu ☐ Pas ☐ N.S.P.
- Quel est la personne ou l'organisme qui agit le plus activement (contre l'usage du tabac, en faveur de l'augmentation de la pratique de l'activité physique, contre la consommation de gras) à (**localité**)
- Selon vous, est-ce que les élus municipaux de (**localité**) appuient beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout les efforts visant à (diminuer l'usage du tabac, augmenter la pratique de l'activité physique, diminuer la consommation de gras).
☐ Beaucoup ☐ Moyennement ☐ Peu ☐ Pas ☐ N.S.P.
- À votre connaissance, est-ce qu'il y a beaucoup, moyennement, peu ou pas d'argent disponible à (**localité**) pour réaliser des activités visant à (réduire l'usage du tabac, augmenter la pratique de l'activité physique, diminuer la consommation de gras).
☐ Beaucoup ☐ Moyennement ☐ Peu ☐ Pas ☐ N.S.P.
- Dans l'ensemble, pensez-vous qu'il y a beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout d'activités visant à (réduire l'usage du tabac, augmenter la pratique de l'activité physique, réduire la consommation de gras) à (**localité**).
☐ Beaucoup ☐ Moyennement ☐ Peu ☐ Pas ☐ N.S.P.
 ⇒ S'il n'y a pas d'activités, ignorer les questions suivantes
- Lorsqu'il y a des activités visant à (diminuer l'usage du tabac, augmenter la pratique de l'activité physique, diminuer la consommation de gras) à (**localité**), est-ce que les citoyens en sont bien informés, moyennement, peu ou pas du tout informés.
☐ Bien ☐ Moyennement ☐ Peu ☐ Pas ☐ N.S.P.
- Diriez-vous que les citoyens de (**localité**) participent beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout aux activités visant à (réduire l'usage du tabac, augmenter la pratique de l'activité physique, diminuer la consommation de gras).
☐ Beaucoup ☐ Moyennement ☐ Peu ☐ Pas ☐ N.S.P.
- Pensez-vous que les activités visant à (réduire l'usage du tabac, augmenter la pratique de l'activité physique, diminuer la consommation de gras) rencontrent totalement, en partie, peu ou pas du tout les besoins des citoyens de (**localité**)
☐ Totalement ☐ En partie ☐ Peu ☐ Pas ☐ N.S.P.

s'agira d'utiliser ces échelles pour classer les communautés à partir de leur niveau d'activation.

RÉFÉRENCES

- Kottke TE, Puska P, Salonen JT, Tuomilehto J, Nissinen A. Projected effects of high risk versus population-based prevention strategies in cardiovascular diseases. *Am J Epidemiol* 1985;121:697-704.
- Shea S, Basch CE. A review of five major community-based CVD prevention programs. Part I: Rationale, design and theoretical framework. *Am J Health Prom* 1990;80:203-13.
- Wagner EH, Koepsell TD, Anderman C, Cheadle A, Curry SG, Psaty BM, et al. The evaluation of the Henry J. Kaiser Family Foundation's Community Health Promotion Grant Program: Design. *J Clin Epidemiol* 1991;44:685-99.
- Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, Salonen JT, Koskela K, McAlister A, et al. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Annu Rev Public Health* 1985;6:147-93.
- Farquhar J, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CB, Haskell WA, Williams PT, et al. Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five City Project. *JAMA* 1990;264:359-65.
- Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. New York: Oxford University Press, 1990.
- Blackburn H. Research and demonstration projects in community cardiovascular disease prevention. *J Public Health Policy* 1983;4:398-421.
- Puska P, Salonen JT, Tuomilehto J, Nissinen A, Kottke TW. Evaluating community-based preventive cardiovascular programs: Problem and experiences from the North Karelia Project. *J Community Health* 1983;11:49-64.
- Patrick D, Wickizer TM. Community and health, Dans : Amick III BJ, Levine S, Tarlov AR, Chapman Walsh D (Eds.), *Society and Health*. New York: Oxford University Press, 1995;46-96.
- Fulbright-Anderson K, Kubisch AC, Connell JP. *New Approaches to Evaluating Community Initiatives. Vol 2: Theory, Measurement and Analysis*. Washington, DC: Aspen Institute, 1998.
- Boutilier M, Cleverly S, Labonte R. Community as a setting for health promotion, Dans : Poland BD, Green LW, Rootman I (Eds.), *Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage, 2000;250-79.
- Winkleby MA. The future of community-based cardiovascular disease interventions studies. *Am J Public Health* 1994;84:1369-71.

13. Multiple Risk Factors Intervention Trial Research Group. Mortality rates after 10.5 years for participants in the Multiple Risk Factor Intervention Trial: Findings related to a priori hypothesis of the trial. *JAMA* 1990;263:1795-801.
14. Puska P. Changes in coronary risk factors during comprehensive community programme to control cardiovascular diseases during 1972-7 in North Karelia. *BMJ* 1979;2(6199):1173-78.
15. Salonen JT. Changes in morbidity and mortality during comprehensive community programme to control cardiovascular diseases during 1972-7 in North Karelia. *BMJ* 1979;2(6199):1178-83.
16. Rose G, Pedoe-Tunstall HD, Heller FR. UK Heart Disease Prevention Project : Incidence and mortality results. *Lancet* 1983;1:1062-65.
17. Potvin L, Paradis G, Laurier D, Masson P, Pelletier J, Lessard R. Le cadre d'intervention du Projet Québécois de Démonstration en Santé du Cœur. *Hygie* 1992;11(1):17-22.
18. Wickizer TM, Von Korff M, Cheadle A, Measer J, Wagner EH, Pearson D, et al. Activating community for health promotion : A process evaluation method. *Am J Public Health* 1993;83:561-67.
19. Von Korff M, Wickizer T, Maeser J, O'Leary P, Pearson D, Beery W. Community activation and health promotion: Identification of key organizations. *Am J Health Prom* 1992;7:110-17.
20. O'Brien RM. Estimating the reliability of aggregate-level variables based on individual level characteristics. *Sociological Method and Research* 1990;18:473-504.
21. Crocker L, Algina J. *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. New York: Holt, Rhinehart and Winston, 1986.
22. Shavelson JR, Webb NM. *Generalizability Theory: A Primer*. Newbury Park: Sage, 1991.
23. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross-Cultural Psychology* 1970;1:185-216.
24. Vallerand RJ, Halliwell WR. Vers une méthodologie de validation transculturelle des questionnaires psychologiques : implication pour la psychologie du sport. *Can J Applied Sports Sciences* 1983;8:9-18.

Reçu : 1 août 2001

Accepté : 21 novembre 2001

ABSTRACT

Objective: This study examines psychometric properties of a community activation assessment scale used for the evaluation of the Quebec project within the Federal Provincial Heart Health Initiative. The scale is composed of three sub scales, one for each of the intervention target risk factors.

Methods: Data were collected by telephone interviews conducted with 199 key informants from the 24 communities of the project. Reliability was studied using Cronbach's alpha coefficients and intraclass correlations. Validity was explored with factor analysis techniques.

Results: Subscales' internal consistency were very good, ranging from 0.71 to 0.83, but intraclass correlations between informants from the same communities were low. Factor analyses indicated a unidimensional structure for each scale.

Interpretation: These results show that the scale seems to provide reasonable assessments of the opinion of key informants regarding activation in their community. However, ranking communities based on the aggregated scores from local key informants may lead to classification problems.

Directives de rédaction de la RCSP

La *Revue canadienne de santé publique* publie des articles originaux sur tous les aspects de la santé publique, de la médecine préventive et de la promotion de la santé qui ont été évalués par des pairs. Tous les manuscrits soumis pour publication dans ses colonnes doivent respecter les Directives de rédaction de la RCSP. On trouvera une version complète sur le site Web de l'ACSP à l'adresse suivante < www.cpha.ca/francais/cjph/stylereq/style.htm >. Les auteurs qui n'ont pas accès à Internet peuvent se reporter aux pages 7-8 du numéro de janvier/février 2002 (Vol. 93, No. 1) de la *Revue canadienne de santé publique* ou se mettre en rapport avec le bureau de la rédaction pour en recevoir un exemplaire par télécopieur.

La Rédaction doit recevoir un exemplaire imprimé de l'original et deux copies pour l'évaluation par les pairs (dactylographié à double interligne, sur un seul côté de la feuille) avec toutes les figures et tous les tableaux, et accompagné d'une version électronique. Veuillez numéroter les pages les unes à la suite des autres, y compris le résumé et sa traduction (le cas échéant), le texte, les remerciements, les références, les tableaux et les figures.

Les articles originaux ne doivent pas dépasser **2 000 mots**. Veuillez indiquer le nombre de mots de votre article. Les brefs comptes-rendus peuvent être soumis et doivent inclure des résumés structurés (voir le paragraphe « Les documents sont... »).

La Revue a adopté une politique d'évaluation des articles par des pairs, en double aveugle. Auteurs et évaluateurs restent anonymes. Afin d'assurer l'anonymat de cette évaluation par des pairs, les auteurs doivent s'assurer de ne donner les renseignements les identifiant que sur la page titre de l'original seulement; seul le titre doit apparaître sur les deux copies à l'intention des évaluateurs.

La page titre de l'original doit comporter : 1) le titre; 2) un bref sous-titre de 40 caractères au maximum (y compris les blancs); 3) les noms, prénoms et initiales du milieu (le cas échéant) des auteurs, accompagnés de leurs diplômes d'études de plus haut niveau avec les noms du service et de l'organisme dans le cadre duquel le travail publié a été effectué; 4) le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, le numéro de télécopieur et l'adresse électronique de l'auteur à qui adresser toute correspondance; 5) le nom et l'adresse de l'auteur à qui les demandes de réimpression doivent être envoyées (s'il s'agit de la même personne, regroupez 4 et 5 ensemble).

Les déclarations relatives aux limites de responsabilité et les mentions concernant l'aide reçue doivent aussi figurer sur la page titre. Une lettre signée par tous les auteurs comme quoi ils acceptent d'être publiés doit être incluse.

Les documents sont acceptés en anglais ou en français. La page deux doit présenter un résumé structuré pouvant avoir jusqu'à 250 mots, avec les titres : Objectif, Méthodes, Résultats, Discussion (ou Interprétation). En outre, la RCSP demande une traduction professionnelle du résumé. Pour garantir une qualité constante de la traduction de la Revue, la RCSP se réserve le droit de faire retraduire les résumés soumis, aux frais des auteurs après les en avoir avisés. S'ils le préfèrent, les auteurs peuvent demander de faire traduire directement leurs résumés par le traducteur officiel de la Revue à raison de 22 cents le mot plus la TPS de 7 % (ou le TVH de 15 %).

Nous vous encourageons à écrire à la Rédaction, en vous priant d'envoyer des lettres aussi courtes que possible.

La Rédaction se réserve le droit de modifier les articles.

Les documents à publier doivent être soumis au rédacteur scientifique de la Revue canadienne de santé publique, 1565 avenue Carling, bureau 400, Ottawa, Ontario (Canada) K1Z 8R1.