L'étude visait à évaluer l'impact immédiat et à court terme d'une activité de dépistage de masse aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (MCV) en milieu rural. Un devis de recherche expérimental posttest seulement avec groupe-témoin a été utilisé. Concernant l'impact immédiat, les résultats ont montré que les participants du groupe expérimental ont eu, comparativement au groupe-témoin, une intention plus élevée de pratiquer régulièrement des activités physiques et une intention plus élevée de diminuer leur consommation de viande grasse. Par contre, l'intention des participants de cesser l'usage de la cigarette n'a pas été modifiée par l'activité de dépistage. Après quatre mois, les résultats ont révélé une hausse de la pratique régulière d'activités physiques ainsi qu'une diminution de la consommation de viande grasse. Quant à elle, la proportion des participants faisant usage de la cigarette n'a pas diminuée. En conclusion, il est suggéré qu'une activité de dépistage de masse aux facteurs de risque des MCV, comme celle utilisée dans le cadre de cette étude, peut être efficace afin de motiver la population à adopter certains comportements liés à la santé cardiovasculaire. D'autres études sont cependant nécessaires afin de confirmer l'impact à court terme de ce type d'activité sur la modification des comportements liés à la santé cardiovasculaire.

A B S T R A C T

The aim of this study was to evaluate the immediate and short-term impacts of a cardiovascular mass screening activity in a rural environment. A posttest-only control group design was used. Concerning the immediate impact, the results showed that the participants of the experimental group had, compared to the participants in the control group, a higher intention to participate regularly in physical activities and a higher intention to reduce their fat consumption. The participants' intention to stop smoking was not modified by the screening activity. After four months, the results revealed an increase in participation in physical activities and a decrease in fat consumption. The proportion of participants who smoked did not decrease. In conclusion, it is suggested that a cardiovascular mass screening activity such as the one performed in this study could be effective in motivating a population to adopt heart health-related behaviours. Others studies are necessary however to confirm the short-term impact of this type of activity on behaviour modification with regard to cardiovascular health.

Évaluation d'une activité de dépistage de masse aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires en milieu rural

François Boudreau, MSc

Le territoire du Centre de santé Sainte-Famille (CSSF), l'un des six territoires sociosanitaires de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, montre depuis le milieu des années 80 une tendance à un taux de mortalité par maladies cardiovasculaires (MCV) supérieur comparativement à celui observé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue.¹ Pour en arriver à améliorer le portrait de la mortalité par MCV, le CSSF a entre autres mis sur pied une activité de dépistage de masse aux facteurs de risque des MCV. L'adoption de la pratique régulière de l'activité physique, la diminution de consommation de matières grasses et la cessation de l'habitude tabagique peuvent être utilisées comme indicateur afin d'évaluer l'impact d'une telle activité (MCV).²⁻⁵ Il faut cependant reconnaître que la modification de ces comportements est complexe et peut demander une certaine période de latence avant d'être observée. C'est pourquoi il a été suggéré de mesurer également les déterminants qui prédisposent à ces comportements.⁶⁻⁸

Selon Ajzen & Fishbein⁹ et Ajzen,¹⁰ l'intention – laquelle regroupe les facteurs motivationnels qui ont un impact sur le comportement¹¹ – est un déterminant de l'adoption d'un comportement futur lorsque celui-ci est d'ordre volitif, c'est-à-dire sous le contrôle de la volonté de la personne. Cependant, lorsque le comportement n'est pas complètement sous le contrôle de la personne (absence de ressources nécessaires), un autre détermi-

nant – la perception du contrôle – peut influencer directement le comportement, au même titre que l'intention.¹⁰ Plusieurs recensions des écrits supportent le rôle de l'intention et de la perception du contrôle eu égard à la prédiction d'un comportement lié à la santé.¹²⁻¹⁵ L'intention demeure cependant le déterminant le plus important,¹² ce qui suggère que la décision d'un individu d'adopter ou pas un comportement lié à la santé demeure généralement sous l'influence de sa motivation personnelle.¹²

À ce jour, peu d'études se sont intéressées à vérifier l'impact immédiat d'une activité de dépistage de masse aux facteurs de risque des MCV sur la motivation des individus à adopter ou à maintenir certains comportements liés à la santé cardiovasculaire. Le CSSF croit que l'activité de dépistage mise sur pied peut influencer la motivation des individus à adopter ou à maintenir certains comportements liés à la santé cardiovasculaire.

BUT DE L'ÉTUDE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

But de l'étude

Le but de la présente étude était de mesurer l'impact immédiat (motivation) et à court terme (comportement) d'une activité de dépistage de masse aux facteurs de risque des MCV.

Hypothèses de recherche

Impact immédiat de l'activité de dépistage sur l'intention d'adopter ou de maintenir certains comportements liés à la santé cardiovasculaire

H₁ : Les participants qui prendront part à l'activité de dépistage montreront, immédiatement après l'activité, une intention plus élevée d'adopter ou maintenir certains

Correspondance : M. François Boudreau, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Québec, Qc G9A 5H7, Tél. : 819-376-5011, poste 3465, Téléc. : 819-693-8272, Courriel : Francois_Boudreau@uqtr.ubec.ca

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

TABLEAU I
Synthèse des mesures utilisées

Variables	Questions	Échelle de mesure
Intention (Activité physique)	Présentement, avez-vous l'intention de pratiquer régulièrement des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des trois prochains mois ?	-2 (définitivement non) à 2 (définitivement oui)
Intention (Viande grasse)	Présentement, avez-vous l'intention de consommer moins de viande grasse lors de vos repas, au cours des trois prochains mois ?	-2 (définitivement non) à 2 (définitivement oui)
Intention (Usage cigarette)	Présentement, avez-vous l'intention de cesser de fumer la cigarette, au cours des trois prochains mois ?	-2 (définitivement non) à 2 (définitivement oui)
Comportement (Activité physique)	Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance, dans vos temps libres, au cours des trois derniers mois ?	1 (aucune fois) à 6 (3 fois au plus par semaine)
Comportement (Viande grasse)	Combien de fois avez-vous consommé de la viande grasse, lors de vos repas, au cours des sept derniers jours ?	1 (aucune fois) à 5 (plus de 7 fois)
Comportement (Usage cigarette)	Présentement, fumez-vous la cigarette?	1 (chaque jour) 2 (à l'occasion) 3 (pas du tout)

comportements liés à la santé cardiovasculaire, que les participants qui n'auront pas encore participé à l'activité.

Impact à court terme de l'activité de dépistage sur l'adoption ou le maintien de comportements liés à la santé cardiovasculaire

H₁ : Les participants qui prendront part à l'activité de dépistage montreront, après quatre mois, une participation plus élevée à certains comportements liés à la santé cardiovasculaire.

MÉTHODE

Participants

À l'occasion d'une exposition commerciale, l'activité de dépistage de masse aux facteurs de risque des MCV a été offerte à la population adulte du territoire du CSSF. Le critère d'inclusion à l'étude était d'être âgé entre 30 et 55 ans, justifié principalement par le fait que le programme de prévention des MCV élaboré par le CSSF cible spécifiquement ce groupe d'âge. Un échantillonnage de convenance a été utilisé afin de sélectionner les participants. Des 224 participants qui ont pris part à l'activité de dépistage, 202 ont été sélectionnés à des fins d'analyse statistique. Ces derniers répondaient au critère d'inclusion et ils ont complété les deux questionnaires inhérents à l'étude. La répartition des participants

selon le sexe est quasi identique, soit 51 % de femmes et 49 % d'hommes. L'âge moyen des participants est de 43 ans. La répartition des participants selon le plus haut niveau de scolarité est la suivante : primaire (23 %) ; secondaire (43 %) ; collégial (17 %) ; universitaire (17 %).

Devis de recherche

Un devis de recherche expérimental posttest seulement avec groupe-témoin¹⁶ a été utilisé afin d'évaluer l'impact immédiat de l'activité de dépistage sur l'intention de modifier certains comportements liés à la santé cardiovasculaire. Le type de devis utilisé assure une équivalence au départ entre les deux groupes.¹⁷ Les résultats d'analyses statistiques n'ont, à cet effet, révélé aucune différence significative entre les deux groupes concernant les variables socio-démographiques ainsi que les comportements liés à la santé cardiovasculaire. Par ailleurs, une relance postale a été effectuée auprès des participants après quatre mois afin d'évaluer l'impact à court terme de l'activité de dépistage. Dans ce dernier cas, un devis de recherche pré-expérimental avec prétest-posttest à groupe unique a été utilisé.¹⁶

Activité de dépistage

Après avoir reçu des explications sur le déroulement de l'activité, chaque partici-

pant était invité à répondre, à l'aide du test « Avez-vous bon cœur ? », à des questions relatives à leur consommation de tabac, leur niveau de pratique d'activité physique de loisir, la présence de diabète et la présence d'antécédents familiaux de MCV. Des infirmières complétaient l'évaluation de chaque participant en procédant à une mesure de la concentration plasmatique du cholestérol sanguin à l'aide d'un prélèvement sanguin capillaire. La tension artérielle a été mesurée après cinq minutes en position assise par l'intermédiaire d'un appareil digital. La taille et le poids ont également été mesurés. Toutes les données ont été inscrites dans le test « Avez-vous bon cœur ? » pour que le participant puisse conserver les résultats de ses tests et en discuter avec un professionnel de la santé. L'infirmière a discuté avec chaque participant de son niveau de risque des MCV. Les participants ayant un risque élevé, selon des critères définis, ont été invités à consulter leur médecin et ont reçu une lettre de référence lui étant destinée.

Instrument de mesure

Intention de modifier les comportements liés à la santé cardiovasculaire

La mesure d'intention de modifier les comportements liés à la santé cardiovasculaire a été développée à partir de la théorie

TABLEAU II

Résultats du test-t entre les deux groupes expérimentaux concernant l'intention[†] de modifier les comportements liés à la santé cardiovasculaire

Variables	Groupes (N = 202)		Test-t
	Témoin (n = 103) Moyenne (Écart-type)	Expérimental (n = 99) Moyenne (Écart-type)	
Activité physique	1.30 (0.79)	1.52 (0.61)	-2.15*
Viande grasse	0.63 (0.97)	0.93 (0.99)	-2.16 *
Cigarette [‡]	0.17 (1.26)	0.43 (1.26)	-0.70 (n.s.)

* $p \leq 0.05$
[†] Résultats possibles de -2 (définitivement non) à +2 (définitivement oui)
[‡] Seuls les fumeurs sont considérés (groupe témoin n=30, groupe expérimental n=28)
n.s. Non significatif

TABLEAU III

Résultats du test de Wilcoxon concernant les comportements liés à la santé cardiovasculaire, après quatre mois (N=135)

Variables	Au moment de l'activité Moyenne (Écart-type)	Après quatre mois Moyenne (Écart-type)	Test de Wilcoxon
Activités physiques [†]	3.88 (1.72)	4.40 (0.61)	-3.42*
Consommation de viande grasse [‡]	2.85 (0.90)	2.50 (0.74)	-4.13*
Usage de la cigarette [¶]	2.50 (0.85)	2.56 (0.82)	-1.83 (n.s.)

* $p \leq 0.05$
[†] Résultats possibles de 1 (aucune fois), 2 (environ 1 fois par mois), 3 (environ 2 à 3 fois par mois), 4 (environ 1 fois par semaine), 5 (environ 2 fois par semaine), 6 (3 fois ou plus par semaine).
[‡] Résultats possibles de 1 (aucune fois au cours des sept derniers jours), 2 (1 fois), 3 (2 à 4 fois), 4 (5 à 7 fois), 5 (plus de 7 fois).
[¶] Résultats possibles de 1 (chaque jour ou presque), 2 (à l'occasion), 3 (pas du tout).
n.s. Non significatif

du comportement planifié.¹⁰ Une synthèse des mesures est présentée au tableau I. D'autres dimensions de cette théorie ont également été mesurées ; cependant, celles-ci ne seront pas analysées dans le cadre de la présente étude.

Comportements liés à la santé cardiovasculaire

Les questions relatives aux comportements liés à la santé cardiovasculaire sont présentées au tableau I. Elles ont été préparées à partir des recommandations de Godin & Shephard¹⁸ ainsi que de Mills et al.¹⁹ pour respectivement l'activité physique et l'usage de la cigarette. Quant à la consommation de viande grasse, l'échelle utilisée a été adaptée de Strychar et al.²⁰ Une définition des termes activité physique de loisir et viande grasse a été indiquée sur le questionnaire afin de normaliser ces termes auprès des participants.

Variables sociodémographiques

Les participants ont indiqué sur le questionnaire de recherche leur âge, leur sexe et le plus haut niveau de scolarité atteint.

Cueillette des données

Après avoir pris connaissance des objectifs et des conditions de cette étude, 103 participants ont répondu à un premier questionnaire de recherche avant l'activité de dépistage (groupe-témoin) et 99 après ladite activité (groupe expérimental). Au total, 202 participants ont ainsi complété le premier questionnaire de recherche. De ces participants, 135 ont répondu à la relance postale après quatre mois.

Analyse des données

Les statistiques descriptives ont été calculées de façon à décrire l'échantillon. Un test-t pour échantillons indépendants a été effectué afin de vérifier s'il existait une différence entre les groupes témoin et expérimental quant à l'intention d'adopter les comportements liés à la santé cardiovasculaire. Le test de Wilcoxon pour échantillons appariés a été effectué dans le but de vérifier s'il existait, quatre mois suivant l'activité de dépistage, des modifications en ce qui concerne les comportements liés à la santé cardiovasculaire.

RÉSULTATS

Impact immédiat de l'activité de dépistage sur l'intention d'adopter ou de maintenir certains comportements liés à la santé cardiovasculaire

Une différence statistiquement significative entre les groupes témoin et expérimental a été observée en ce qui a trait à leur intention de pratiquer régulièrement de l'activité physique de loisir et leur intention de consommer moins de viande grasse : on dénote chez le groupe expérimental une intention plus élevée (tableau II). Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les fumeurs du groupe témoin et ceux du groupe expérimental quant à leur intention de cesser de fumer la cigarette (tableau II).

Impact à court terme de l'activité de dépistage sur l'adoption ou le maintien de comportements liés à santé cardiovasculaire

Une augmentation significative de la pratique régulière de l'activité physique de loisir ainsi qu'une diminution significative de la consommation de viande grasse a été observée après quatre mois (tableau III). Quant à l'usage de la cigarette, aucune différence statistiquement significative n'a été observée après quatre mois (tableau III).

DISCUSSION

Le but de la présente étude était de mesurer l'impact immédiat et à court terme d'une activité de dépistage de masse aux facteurs de risque des MCV sur la motivation et l'adoption de comportements liés à la santé cardiovasculaire. Deux hypothèses de recherche ont été formulées, lesquelles ont été confirmées pour deux des trois comportements à l'étude, à savoir la pratique de l'activité physique de loisir et la consommation de viande grasse.

Les résultats de la présente étude reproduisent ceux d'une autre étude²¹ laquelle a également mis en évidence l'efficacité d'une activité de dépistage de masse aux facteurs de risque des MCV à élever la motivation d'un groupe d'employés à pratiquer de façon régulière de l'activité physique de loisir. Cependant, de cette même étude, aucune modification de la

pratique de l'activité physique de loisir n'a été observée deux mois après l'activité de dépistage. Il faut toutefois mentionner que la mesure à deux mois de cette dernière étude a coïncidé avec le mois de décembre, période à laquelle la pratique de l'activité physique de loisir est moins fréquente auprès de la population.²² Dans le cadre de la présente étude, la mesure à quatre mois a coïncidé au mois d'août, période à laquelle les gens sont davantage actifs comparativement aux autres saisons.²² C'est pourquoi l'impact de l'activité de dépistage à quatre mois de la présente étude doit être interprété avec prudence étant donné l'influence potentielle du phénomène saisonnier auquel est assujéti la pratique de l'activité physique de loisir au sein de la population.

Par ailleurs, il ne semble pas exister de données empiriques permettant de confirmer ou d'infirmer l'impact favorable d'une activité de dépistage à motiver davantage les participants à diminuer leur consommation de viande grasse. Notons toutefois les résultats d'une étude qui a révélé que 91 % des participants interrogés, à la suite d'une activité de dépistage, ont mentionné que celle-ci les avait motivés à réduire leur « taux de cholestérol ».²³ Malgré le fait que plusieurs facteurs influencent la cholestérolémie, la diminution de l'apport en graisses saturées est un facteur important chez la plupart des individus ayant des taux de cholestérol modérément élevés.²⁴ D'autre part, les résultats de la présente étude concernant la diminution de consommation de viande grasse reproduisent ceux de Strychar et al.,²⁰ lesquels indiquent entre autres que les participants à une activité de dépistage de masse ont diminué de façon significative leur fréquence de consommation d'aliments riches en matières grasses. Cependant, la mesure à quatre mois de la présente étude a coïncidé au mois d'août, période à laquelle la consommation moyenne des aliments riches en matières grasses^{25,26} et des acides gras saturés²⁶ est moindre comparativement à la saison hivernale. C'est pourquoi l'impact de l'activité de dépistage à quatre mois de la présente étude doit être interprété avec prudence étant donné l'influence potentielle du phénomène saisonnier auquel est assujéti la consommation de matières grasses.

Par ailleurs, l'activité de dépistage n'a pas élevé la motivation des participants faisant usage de la cigarette à cesser leur habitude tabagique. Il est reconnu que la cessation de l'habitude tabagique est un processus impliquant plusieurs stades, dont le stade initial consiste à motiver le fumeur à prendre la décision de cesser son habitude tabagique.²⁷ Selon Ajzen & Fishbein⁹ et Ajzen,¹⁰ l'intention d'adopter un comportement est modulée par des composantes telles que l'attitude, la norme subjective et le contrôle perçu. Il peut être possible que ces composantes n'aient pas été modifiées par l'activité de dépistage. Il n'est pas étonnant alors d'observer que l'activité de dépistage n'ait pas réussi à diminuer la proportion de participants faisant usage de la cigarette. Dans le cadre d'activités de dépistage de masse, il semble que la modification du comportement tabagique est celui pour lequel il est le plus difficile d'obtenir des résultats significatifs.²⁸

CONCLUSION

La présente étude a montré que l'activité de dépistage de masse aux facteurs de risque des MCV s'est avérée efficace à motiver les participants à adopter certains comportements liés à la santé cardiovasculaire. Concernant l'impact à court terme de ladite activité sur l'adoption des comportements liés à la santé cardiovasculaire, d'autres études sont nécessaires afin de confirmer ou d'infirmer les présents résultats. Ces études devront d'une part inclure un groupe témoin afin de contrôler certains biais potentiels et, d'autre part, utiliser des techniques d'échantillons probabilistes afin de généraliser les résultats à l'ensemble de la population.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cormier G. Mortalité associée aux maladies de l'appareil circulatoire de la région de l'Abitibi-Témiscamingue de 1982 à 1993. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 1996;209.
2. O'Loughlin J, Renaud L, Paradis G, Meshefedjian G. Screening school personnel for cardiovascular disease risk factors: Short-term impact on behavior and perceived role as promoters of heart health. *Prev Med* 1996;25:660-67.
3. Baier C, Grodzin C, Port J, et al. Coronary risk factor behavior change in hospital personnel following a screening program. *Am J Prev Med* 1992;8(2):115-22.

4. Kellerman S, Felts W, Chenier TC. The impact on factory workers of health risk appraisal and counseling in health promotion. *Am J Prev Med* 1992;8(1):37-42.
5. Wang JS, Carson EC, Lapane KL, et al. The effect of physician office visits on CHD risk factor modification as part of a worksite cholesterol screening program. *Prev Med* 1999;28:221-28.
6. Anderson D, Staufacker MJ. The impact of worksite-based health risk appraisal on health-related outcomes: A review of the literature. *Am J Health Prom* 1996;10(6):499-508.
7. Kreuter M, Strecher VJ. Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisal? Results from a randomized trial. *Health Educ Res* 1996;11(1):97-105.
8. Connell C, Sharpe P, Gallant MP. Effect of health risk appraisal on health outcomes in a university worksite health promotion trial. *Health Educ Res* 1995;10(2):199-209.
9. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1980.
10. Ajzen I. *Attitudes, Personality, and Behavior*. Open University Press, Milton Keynes, 1988.
11. Thill EE. Les théories de l'expectation et de la valeur, Dans: Valerand RJ, Thill EE, *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval, Québec : Éditions Études Vivantes, 1993;361-99.
12. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *Am J Health Prom* 1996;11:87-98.
13. Sheeran P, Orbell S. Do intentions predict condom use? Meta-analysis and examination of six moderator variables. *Br J Soc Psychol* 1998;37:231-50.
14. Sutton S. Predicting and explaining intentions and behavior: How well are we doing? *J Appl Soc Psychol* 1998;28:1317-38.
15. Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *J Appl Soc Psychol* 1998;28:1429-64.
16. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally & Company, 1966.
17. Alain M, Pelletier LG, Boivin M. Les plans de recherche expérimentaux, Dans: Valerand RJ, Hess U. *Méthode de recherche en psychologie*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 2000;133-62.
18. Godin G, Shephard RJ. A simple method to assess exercise behavior in the community. *Can J Sport Sci* 1985;10:141-46.
19. Mills C, Stephens T, Wilkins K. Rapport sommaire de l'Atelier sur la surveillance de l'usage du tabac. *Maladies Chroniques au Canada* 1994;15(3):120-25.
20. Strychar I, Porvin L, Pineault R, et al. Changes in knowledge and food behaviour following a screening program held in a supermarket. *Can J Public Health* 1993;84(6):382-88.
21. Boudreau F, Godin G, Pineau R, Bradet R. Health risk appraisal in an occupational setting and its impact on exercise behavior. *JEOM* 1995;37(9):1145-50.
22. Nolin B, Prud'Homme D, Godbout P. L'activité de loisir au Québec : Une analyse en fonction des bénéfices pour la santé. Monographie no 5, Montréal, Santé Québec et Kino Québec, gouvernement du Québec, 1996.
23. Stockbridge H, Hardy R, Glueck CJ. Public cholesterol screening: Motivation for participation, follow-up outcome, self-knowledge, and coronary heart disease risk factor intervention. *J Lab Clin Med* 1989;114:142-51.
24. Blackburn H. Diet and mass hyperlipidemia, a public health view. Dans: Levy R, et al.,

Nutrition, Lipids and Coronary Heart Disease.
New York: Raven Press, 1979.

25. Shahar DR, Froom P, Harari G, et al. Changes in dietary intake account for seasonal changes in cardiovascular disease risk factors. *Eur J Clin Nutr* 1999;53(5):395-400.
26. Van Staveren WA, Deurenberg P, Burema J, et al. Seasonal variation in food intake, pattern of physical activity and change in body weight in a group of young adult Dutch women consuming self-selected diets. *Int J Obes* 1986;10(2):133-45.
27. O'Connor K, Langlois R. Modification de l'habitude tabagique 1 : Partie théorique. *Science et Comportement* 1991;21(1):1-25.
28. Murray D, Luepker R, Pirie P, et al. Systematic risk factor screening and education: A community-wide approach to prevention of coronary heart disease. *Prev Med* 1986;15:661-72.

Reçu : 8 février 2000

Accepté : 20 décembre 2000

Directives de rédaction à l'intention des auteurs

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 à l'intention des auteurs. On trouvera une version complète des Directives de rédaction à l'intention des auteurs qui contribuent à la *RCSP* sur le site Web de l'ACSP à l'adresse suivante < www.cpha.ca/francais/cjph/stylreq/style.htm >. Les auteurs qui n'ont pas accès à Internet peuvent voir aux pages 14-15 du numéro de janvier/février 2001 (Vol. 92, 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 l'abrégé 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**. Les brefs comptes-rendus, qui seront publiés prioritairement, ne doivent pas dépasser **800 mots**; il n'est pas nécessaire de fournir un abrégé pour ce type de compte-rendu. Veuillez indiquer le nombre de mots de votre article.

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 agrafée à la page titre de l'original.

Les documents sont acceptés en anglais ou en français. La page deux doit présenter un résumé de l'article comprenant **150 mots au maximum** dans la langue originale de l'article. En outre, la *RCSP* demande une traduction professionnelle de l'abrégé dans la deuxième langue officielle, soit en français si le manuscrit est en anglais et vice-versa.

Pour garantir une qualité constante de la traduction de la Revue, la *RCSP* se réserve le droit de faire retraduire les abrégés soumis, aux frais des auteurs après les en avoir avisés. S'ils le préfèrent, les auteurs peuvent demander de faire traduire directement leurs abrégés par le traducteur officiel de la Revue à raison de 22 cents le mot plus la TPS de 7 %.

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 en chef scientifique de la *Revue canadienne de santé publique*, 1565 avenue Carling, bureau 400, Ottawa, Ontario (Canada) K1Z 8R1.