

2m11.2636.2

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

La mesure des processus communautaires en promotion de la santé :
le cas de l'activation communautaire

Par

Dieudonné Jean-Baptiste

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la faculté des
études supérieures en vue de
l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en santé communautaire

Juin 1998

© Dieudonné Jean-Baptiste, 1998



WA

5

U58

1998

V.017

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**La mesure des processus communautaires en promotion de la
santé :
le cas de l'activation communautaire**

présenté par :

Dieudonné Jean-Baptiste

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Pierre FOURNIER	Président
Louise POTVIN	Directrice de recherche
Natalie KISHCHUK	Membre

Mémoire accepté le : ... 28.09.16 ...

SOMMAIRE

Les processus communautaires, reliés à la fois aux comportements et aux états de santé, occupent une place de plus en plus importante dans les interventions en promotion de la santé. Cependant, la recherche dans ce domaine accuse un sérieux retard. Il persiste encore de nombreux problèmes conceptuels qui peuvent être générateurs de confusion. De plus, l'absence d'instruments de mesure validés qui permettraient d'apprécier de manière objective la présence des processus communautaires constitue un obstacle à la compréhension des mécanismes par lesquels ils affectent la santé et limitent ainsi la capacité de juger de la place qu'ils occupent dans les modèles théoriques des interventions en promotion de la santé.

L'objectif de ce mémoire est de discuter des problèmes que confronte la mesure des processus communautaires en promotion de la santé en s'appuyant sur l'étude des propriétés psychométriques d'une échelle de mesure de l'activation communautaire utilisée dans l'évaluation du volet québécois de l'initiative fédérale-provinciale en santé du cœur. Cet instrument, destiné à mesurer l'activation pour effectuer des comparaisons dans le temps et entre des communautés, a été élaboré au début des années 1990 et n'a encore été l'objet d'aucune validation.

L'instrument comporte un ensemble d'items qui sont répétés pour le tabac, l'activité physique et la consommation de gras qui sont les cibles de l'intervention. Les données ont été recueillies par téléphone auprès de 199 informateurs-clé répartis dans 24 communautés, soit 7 à 10 informateurs par communauté.

Les coefficients alphas de Cronbach témoignent d'une bonne consistance interne des trois échelles. Les coefficients de corrélation intraclasse sont très faibles indiquant une faible fiabilité de la classification des communautés basée sur l'agrégation des scores d'activation attribués par les informateurs d'une même communauté. Une série d'analyses factorielles exploratoires a permis de mettre en évidence la structure unidimensionnelle de chaque échelle.

En conclusion, cet instrument semble bien mesurer l'opinion des informateurs-clé sur le niveau d'activation des communautés mais ne semble pas permettre une classification fiable des communautés basée sur l'agrégation des opinions des informateurs d'une même communauté.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	VIII
ANNEXE	IX
DÉDICACES.....	X
REMERCIEMENTS	XI
PREMIÈRE PARTIE.....	XIII
1 INTRODUCTION.....	1
2 REVUE DE LA LITTÉRATURE	5
2.1 LA COMMUNAUTÉ.....	5
2.2 LES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES	10
2.3 L'IMPLICATION DES CITOYENS DANS LES INTERVENTIONS.....	19
2.3.1 <i>Problèmes conceptuels dans la terminologie des processus communautaires</i>	19
2.3.1.1 L'organisation communautaire.....	20
2.3.1.2 Le développement communautaire.....	22
2.3.1.3 La participation communautaire.....	23
2.3.1.4 L'activation communautaire.....	25
2.3.2 <i>Problèmes de mesure des processus communautaires</i>	29
2.3.2.1 Mesures de la participation communautaire	30
2.3.2.2 Mesure de l'activation communautaire.....	32
2.4 LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE	34
3 OBJECTIF ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	35

DEUXIÈME PARTIE	36
4 ÉVALUATION DE LA FIABILITÉ ET DE LA VALIDITÉ D'UN INSTRUMENT DE MESURE DE L'ACTIVATION COMMUNAUTAIRE.....	37
RÉSUMÉ	38
INTRODUCTION.....	40
MÉTHODE.....	42
<i>Sujets, échantillonnage et collecte des données</i>	42
<i>L'instrument</i>	43
<i>Procédures d'analyse</i>	44
RÉSULTATS.....	45
DISCUSSION.....	47
ANNEXE	63
TROISIÈME PARTIE	67
5 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES	68
5.1 COMPARAISON DES SCORES MOYENS DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'INFORMATEURS-CLÉ ...	68
QUATRIÈME PARTIE	76
6 DISCUSSION.....	77
6.1 LIMITES DU DEVIS NICHÉ.....	81
6.2 LIMITES DU PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE	85
7 CONCLUSION.....	88
8 BIBLIOGRAPHIE	91

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	52
TABLEAU 2	53
TABLEAU 3	54
TABLEAU 4	55
TABLEAU 5	56
TABLEAU 6	71
TABLEAU 7	72
TABLEAU 8	73
TABLEAU 9	74
TABLEAU 10	75

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AC	:	Activation Communautaire
ANOVA	:	Analyse de la variance
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PQDSC cœur	:	Projet québécois de Démonstration en Santé du
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
COMMIT Cessation	:	Community Intervention Trial for Smoking
MRFIT	:	Multiple Risk Factors Intervention Trials

ANNEXE

- Copie de l'échelle de mesure de l'activation communautaire

DÉDICACES

- À la mémoire de mon feu père qui tant contribué à l'épanouissement de notre famille.
- A ma chère mère qui m'a si bien guidé
- A ma tendre femme qui m'a toujours encouragé à aller plus loin et qui a partagé avec moi les longs et difficiles moments de la rédaction de ce mémoire
- A mes enfants chéris Néto, Lynn et Nora qui ont tant souffert de mes longues absences.

REMERCIEMENTS

Je voudrais exprimer toute ma gratitude envers les personnes et organisations suivantes:

- Ma directrice, la professeure Louise Potvin qui m'a accompagné tout au long de la rédaction de ce mémoire. Je remercie Docteure Potvin pour sa grande disponibilité, son sens de la rigueur et pour le soutien logistique qu'elle m'a fourni à la fin de la rédaction de ce mémoire.
- Toutes les participantes et tous les participants au séminaire du vendredi matin qui m'ont fait bénéficier de leur compétence particulière. Je me souviendrai toujours de cette équipe où j'ai fait mes premiers pas dans le domaine de la recherche.
- Tous les membres de ma grande famille, ceux de la famille de ma femme et les amis qui m'ont gracieusement offert leur soutiens moral, matériel et financier sans lesquels le séjour de ma femme et de mes enfants à Montréal serait impossible.
- Au staff du Ministère de la Santé Publique en Haïti, particulièrement mes anciens directeurs, les Drs Maryse Narcisse et Henri Claude Voltaire, ainsi que mes chers collègues.

- Au FNUAP qui m'a octroyé la bourse d'étude et à l'OPS / OMS qui l'a gérée.
- A tous les amis, camarades de promotion qui m'ont aidé et encouragé, particulièrement Junot qui a aussi réalisé le délicat travail de la mise en forme de ce mémoire.

PREMIÈRE PARTIE

1 INTRODUCTION

Les interventions communautaires représentent une des principales stratégies en santé publique en général et en promotion de la santé en particulier. Elles ont été largement adoptées dans la lutte pour la prévention des maladies chroniques (Pirie, 1994). Les soins de santé primaires officialisés à la conférence d'Alma Ata (OMS et UNICEF, 1979) en ont fait leur stratégie de prédilection. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) reconnaît la communauté comme un acteur essentiel dans les processus de planification et de mise en œuvre des activités de promotion de la santé.

Le domaine hybride de la prévention des maladies cardio-vasculaires et de la promotion de la santé du cœur a largement utilisé l'approche communautaire comme stratégie d'intervention. Au début des années 70, l'un des premiers grands programmes a été initié en Carélie du Nord suite à une pétition de la population et des notables locaux ainsi que des parlementaires de la région en raison du taux élevé de la mortalité par maladies cardiaques ischémiques (Shea et Basch, 1990). Par la suite, d'autres projets dits de démonstration ont été réalisés dans plusieurs pays dont les plus connus sont : Stanford Three-City Project, Stanford Five-City Project, Minnesota Heart

Health Program et Pawtucket Heart Health Project (USA). Le Projet québécois de Démonstration en Santé du Cœur (PQDSC) qui fait partie de l'initiative fédérale-provinciale en santé du cœur a été initié en 1993.

Les évaluations de ces essais communautaires se sont surtout intéressées aux effets, sans prêter une attention particulière aux processus communautaires générés par l'activité de promotion de la santé. Ainsi, l'activation communautaire (AC), l'une des stratégies utilisées dans ces interventions a été peu étudiée (Lessard et coll., 1993). Or, les recherches sur la santé et la communauté fournissent des arguments convaincants à l'effet que les caractéristiques et les processus communautaires affectent à la fois les comportements et les états de santé. Cependant, les mécanismes par lesquels la communauté exerce une influence directe sur la santé ou agit comme médiatrice entre les facteurs de risque communautaires et les états de santé ne sont pas encore élucidés (Patrick et Wickizer, 1995). Une étape essentielle à la compréhension de ces mécanismes nous semble être la mesure des processus communautaires qui occupent une place importante dans les modèles de changement de comportement des interventions en promotion de la santé. Par exemple, le modèle d'intervention du PQDSC suggère que les activités du programme et les caractéristiques de la communauté soient reliées à

l'activation communautaire qui à son tour stimulerait la participation communautaire. Dans ce contexte, la participation communautaire a été considérée comme la prise en charge du message de santé du cœur par la communauté et serait reliée aux connaissances, aux attitudes, aux intentions et aux comportements des individus (Potvin et coll., 1992).

Un instrument de mesure de l'activation communautaire a été élaboré et utilisé dans le cadre de l'évaluation de programmes communautaires de prévention et de démonstration (The Community Health Promotion Grant Program in the West) financés par la Henry J. Kaiser Family Foundation aux États-Unis (Wickizer et coll., 1993). Cet instrument a été traduit, adapté et utilisé dans l'évaluation du PQDSC.

L'objectif de cette étude est de discuter des problèmes de mesure des processus communautaires en promotion de la santé en les illustrant par l'évaluation de la validité et la fiabilité de la version française d'une échelle de mesure de l'activation communautaire. S'agissant de la première utilisation de cet instrument, les résultats de cette étude seront très utiles. Ils permettront de juger dans quelle mesure l'instrument arrive à bien capter l'opinion des informateurs-clé et si la classification des communautés obtenue à partir de l'agrégation des informations provenant des différents informateurs est fiable.

Ce mémoire comporte trois parties. La première présente une revue de la littérature, le contexte de l'étude et les questions de recherche. La deuxième est un article qui sera soumis pour publication à la Revue Canadienne de Santé Publique. Enfin, la troisième partie discute des problèmes de mesure des processus communautaires dans les évaluations des interventions en promotion de la santé.

2 REVUE DE LA LITTÉRATURE

À travers cette revue de la littérature, nous allons d'abord explorer le sens du concept de la communauté. Puis, nous analyserons les fondements théoriques et empiriques des interventions communautaires dans la prévention des maladies cardio-vasculaires et la promotion de la santé du cœur. Ensuite, nous passerons en revue les différents concepts qui traitent de l'implication des citoyens dans les interventions. Nous terminerons par une brève revue des tentatives de mesure des processus communautaires dans le domaine de la santé.

2.1 LA COMMUNAUTÉ

La cible des interventions communautaires est la communauté plutôt que les individus qui la composent. Les définitions de ce concept sont nombreuses et varient avec les disciplines. Hillery (1955) en a dénombré 94. Par la suite, différentes approches de la communauté ont été étudiées par Warren (1978, p.21-51) pour qui la communauté peut être considérée comme un espace géographique, une population, un partage d'institutions et de valeurs, un réseau d'interactions sociales, une structure de distribution de pouvoir et

comme un système social. Selon McLeroy et coll. (1988), la communauté peut être vue comme un ensemble de structures de médiation (groupes d'appartenance, familles, églises, voisinage, associations sans but lucratif), comme des relations entre les organisations dans une région géographique ou politique et comme des structures de pouvoir. Hawe (1994) y observe trois aspects à partir de l'évaluation des programmes de santé. Selon le premier, la communauté est une agrégation d'individus ou une population. La deuxième, découlant de la première, la perçoit comme une structure qui sert de levier de support et de maintien des changements de comportement au niveau individuel. La troisième approche conçoit la communauté comme un «écosystème ou un système social capable de travailler à la résolution des problèmes identifiés au niveau local ».

Les différentes composantes du concept de communauté peuvent être résumées en trois dimensions : géographique, relationnelle et politico-sociale (Heller, 1988 ; Patrick et Wickizer, 1995). La dimension géographique se rapporte à un territoire bien délimité. Warren (1978, p.21) considère que l'étude systématique de la communauté a été développée autour de cet aspect qui représente le lieu de rencontre de l'individu, de la société et de la culture. Elle est également présente dans la définition de Tonnies (1887) qui conçoit la communauté comme un groupe d'individus partageant un espace défini et des

traits en communs. Selon Heller (1988), les communautés ont été développées à des fins économiques ou de défense des enclaves sans aucune préoccupation des besoins psychologiques ou sociaux des citoyens.

Cependant, la communauté géographique n'est pas acceptée par tous les théoriciens. Se basant sur les changements survenus dans la vie communautaire tels que décrits par Warren (1978, p.53), certains auteurs considèrent que la notion de communauté disparaît pour faire place à l'extra-communautaire qui référerait à la disparition des frontières géographiques (Nisbet, 1973 ; Sherer, 1972). Par contre, Patrick et Wickizer (1995) soutiennent que le seul fait que l'environnement physique local affecte la santé de la communauté est une raison suffisante pour intégrer la composante géographique dans toute définition de la communauté.

La deuxième dimension, appelée communauté relationnelle (Heller, 1988) ou interaction sociale (Patrick et Wickizer, 1995), réfère à la cohésion sociale développée par des liens interpersonnels entre les membres d'une communauté. Elle comporte le support social, le partage de perceptions, de croyances, de connaissances, de buts, etc. Cette dimension s'apparente au concept de «sens de la communauté» que McMillan (1976) cité par McMillan et Chavis (1986) définit comme :

«a feeling that members have of belonging, a feeling that members matter to one another and to the group, and shared faith that members' needs will be met through their commitment to be together» (McMillan et Chavis, 1986, p.)

Selon McMillan et Chavis (1986), le sens de la communauté se développe parmi les membres du groupe qui ont une histoire commune, partagent des expériences communes, développent une intimité émotionnelle, et dont l'adhésion au groupe confère une reconnaissance d'identité et de destinée communes. Une communauté relationnelle n'a pas de limites géographiques puisque la société moderne dispose de canaux de communication qui permettent aux individus de transcender les barrières géographiques (Heller, 1989).

La troisième dimension considère la communauté comme un pouvoir politique collectif (Heller, 1989) ou une responsabilité politique et sociale (Patrick et Wickizer, 1995). De l'avis de Heller (1989), bien que les liens sociaux ne soient plus basés sur la communauté géographique, l'influence politique et le pouvoir sont distribués par région géographique. Il note aussi, qu'en démocratie, les individus se désillusionnent quand ils constatent comment ils ont peu de pouvoir. Pour augmenter le pouvoir politique au niveau communautaire, il importe d'accroître les opportunités de contacts positifs qui

augmentent le sens de la communauté. Il en résulte la formation de coalitions qui peuvent jouer un rôle dans la détermination des priorités et l'allocation des ressources. Ceci implique un sentiment de solidarité et de responsabilité mutuelle.

La communauté est aussi considérée comme un déterminant de la santé. Selon Patrick et Wickizer (1995), elle interagit avec d'autres déterminants de la santé particulièrement l'environnement social et physique. L'environnement social inclut le milieu de travail, l'école, les familles, les amis et un ensemble d'organisations et d'institutions sociales. Ces différentes unités sont à l'origine d'influences sociales qui affectent la santé et le bien-être. Les facteurs socio-environnementaux regroupent le statut socio-économique, le stress social, le support social et les caractéristiques de la communauté. L'environnement physique comprend l'air, l'eau, la localisation géographique, le niveau du bruit, le logement, le transport et toute autre force physique telle que les activités géo-sismiques, les incendies, etc.

La communauté est donc un concept complexe, multidimensionnel. Elle est composée d'individus mais elle est très différente de leur simple agrégation. Elle intègre les individus, les familles, les organisations et les groupes de toute sorte ainsi que leurs réseaux de relations. Elle peut donc être considérée comme

un système social ou un système de systèmes (Warren, 1978 ; Thompson et Kinne, 1990). Warren distingue deux types de liens dans la communauté. Les liens horizontaux se rapportent aux relations entre les différentes unités de la communauté alors que les liens verticaux réfèrent aux relations entre les unités communautaires et les systèmes qui sont à l'extérieur de la communauté. Dans le cadre de cette étude, nous adhérons à la définition de la communauté proposée par Hawley (1950) citée par Patrick et Wickizer (1995):

« that area the resident population of which is interrelated and integrated with reference to its daily requirements whether contact be direct or indirect ».

(Patrick et Wickizer, 1995, p. 51)

2.2 LES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

On regroupe sous les vocables d'interventions communautaires deux stratégies distinctes. Alors que l'une tente de modifier les comportements des individus dans une communauté (community-based interventions), l'autre (interventions at the community level) vise plutôt la modification des contextes socioculturels d'une communauté par l'intermédiaire de l'activation et de l'organisation communautaires (Patrick et Wickizer, 1995; Bracht et Kingsbury, 1990). Ces interventions, développées selon un modèle de santé

publique, visent à modifier la distribution des facteurs de risque au niveau communautaire contrairement à celles utilisant l'approche biomédicale qui se limitent à identifier et traiter les individus à haut risque. Cette dernière stratégie vise la petite proportion de la population le plus à risque; même si elle est très efficace au niveau individuel, elle a peu d'impact sur l'ensemble de la population (Rose, 1990). Selon Winkleby (1994), les interventions communautaires se sont développées en réponse au faible impact de la «stratégie à haut risque » sur les facteurs sociaux qui influencent le risque de maladies cardio-vasculaires.

Si les interventions communautaires semblent faire l'objet d'un consensus dans tous les secteurs de la santé publique aujourd'hui, tel n'a pas été le cas au début des années 80. Certains tenants de l'approche biomédicale se sont accrochés à la «stratégie à haut risque ». Oliver (1984) se demandait s'il ne fallait pas abandonner l'idée des stratégies de masse. Se basant sur les résultats du projet de Carélie du Nord (Puska et coll., 1979 et Salonen et coll., 1979), du MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial, 1982) et de l'essai de l'OMS mené en Europe (Rose, 1983), Oliver conclut : « Sous l'angle de la stricte prévention primaire, une stratégie basée sur les facteurs de risque multiples est inopérante sur la population masculine d'âge moyen ».

McCormick et Skrabanek (1988) renchérissent en argumentant que parler d'étiologie multifactorielle revient à parler d'étiologie inconnue. Les facteurs de risque étant simplement associés à une probabilité de maladie, poursuivent-ils, cette dénomination devrait être abandonnée et remplacée par marqueurs de risque. Ils soutiennent que seuls les essais randomisés permettraient de juger du bien fondé des interventions multifactorielles. Il n'existe pas, à leur avis, de données pour justifier le temps, l'énergie et l'argent qui ont été investis dans cette croisade.

Ces critiques ont essentiellement deux fondements. Le premier est « l'inefficacité » des interventions communautaires documentée par leur évaluation. Les résultats obtenus sont maigres par rapport à l'effort déployé. Le second réfère aux méthodes d'évaluation utilisées : pour certains chercheurs, il n'y a aucune « vérité » en dehors des essais randomisés.

Les résultats non concluants des évaluations des interventions communautaires pourraient s'expliquer par le choix des effets mesurés, les critères statistiques d'efficacité et les tendances séculaires (Fishbein, 1996; Mittelmark, 1993). Le but ultime des interventions en promotion de la santé est la réduction de la morbidité et de la mortalité. Cependant, il importe de se

rappeler qu'elles sont d'abord destinées à changer des comportements. Ainsi, même s'il est essentiel d'explorer l'impact d'un changement de comportement sur la morbidité, l'effet le plus approprié à mesurer dans l'évaluation des interventions communautaires est le comportement ciblé. Le choix des comportements à mesurer devrait se baser non seulement sur de solides évidences épidémiologiques reliant le comportement à un effet biomédical d'intérêt en santé publique, soutient Fishbein (1996), mais aussi sur la prévalence de ce comportement dans la population à l'étude.

Dans beaucoup de cas, il ne serait même pas approprié de mesurer les changements survenus dans les comportements et dans les niveaux des facteurs de risque comme effets des interventions communautaires à cause des difficultés de mesure. Mittelmark (1993) recommande le taux de participation communautaire comme une mesure d'effet primaire. Cet avis est partagé par Puska (1983) qui souligne l'importance du taux de participation sur les effets des interventions. Selon Hawe (1994), les évaluations des programmes communautaires en promotion de la santé peuvent sous-estimer les gains d'une intervention si la mesure des effets rapportés se limite aux agrégats de changement dans les comportements et les attitudes reliés à la santé réalisés au niveau individuel.

Par ailleurs, Fishbein (1996) se demande si les attentes vis-à-vis des interventions communautaires ne sont pas trop ambitieuses. Il note que l'efficacité des interventions en santé publique se mesure par la signification statistique du changement observé dans une ou plusieurs variables d'intérêt. Or, cette différence statistique s'observe pour des effets de taille moyenne et en santé publique on dispose rarement de la puissance nécessaire pour tester les petits effets même si ces derniers sont cliniquement importants et comportent des implications non négligeables en santé publique. Ce problème est encore plus important quand les unités d'analyse sont des communautés. Comme le signale Fisher Jr (1995), les interventions communautaires sont multiples. Une poignée d'études ne peut les tester adéquatement. Conclure simplement qu'elles sont inefficaces reviendrait à dire que la chirurgie est inefficace parce qu'une technique particulière s'est avérée décevante.

Le paradigme positiviste a toujours dominé l'évaluation des interventions en santé publique. Les évaluations des essais communautaires en santé du cœur ont révélé des résultats modestes ou nuls (COMMIT, 1995 ; Puska et coll., 1979 ; Salonen et coll., 1979 ; MRFIT, 1982 ; Rose, 1983). Ce constat aurait poussé Susser (1995) à parler des tribulations des essais. Il soutient que les études d'observation ne sont pas moins valides que les essais

contrôlés. Même quand les essais sont possibles, les études d'observation peuvent conduire à des résultats plus valides que les essais randomisés. Dans les sciences de la population dont fait partie l'épidémiologie, poursuit-il, la capacité de généralisation requiert une profonde pénétration du monde tel qu'il est, habituellement avec une inévitable perte de rigueur. L'échec apparent des interventions communautaires est peut-être en rapport avec la nature du devis d'évaluation. Susser note les problèmes méthodologiques suivants pour expliquer l'absence d'effets observés: les interventions peuvent être inappropriées, la durée de l'exposition peut être trop courte ou l'intensité peut être trop faible; les effets peuvent être différés, le groupe témoin contaminé, le nombre de communautés incluses dans l'analyse trop petit (manque de puissance); l'intervention peut avoir été développée dans une communauté où des changements auraient déjà été opérés par le mouvement social; enfin les effets peuvent ne pas être détectés malgré un bon devis à cause de la rapidité du changement et les changements de comportement peuvent être passagers.

Les essais communautaires ne devraient pas être abandonnés, mais plutôt raffinés. Il existe un consensus en émergence que les approches qualitatives, écologiques et d'autres sont nécessaires pour évaluer les effets des projets communautaires en promotion de la santé (Mittelmark, 1993).

Winkleby (1994) signale enfin que les essais multicentriques sont plus appropriés pour étudier les facteurs de risque uniques que les facteurs multiples. Selon elle, les devis de ces essais font face à beaucoup de problèmes comme les difficultés d'échantillonnage, le nombre réduit d'unités d'analyse et les fortes tendances séculaires dans les facteurs de risque.

En dépit de ces difficultés, de nombreux arguments ont été avancés en faveur de la stratégie communautaire. Shea et Basch (1990), dans leur revue de cinq grands programmes de prévention des maladies cardio-vasculaires et Rose (1992) dans son livre « The strategy of preventive medicine » en énumèrent quelques uns dont certains ont également été avancés par d'autres auteurs :

1. Les comportements de santé étant profondément enracinés dans des contextes familiaux, sociaux et culturels (Puska, 1989 ; Kottke, 1985), les efforts qui intègrent ces derniers ont plus de chance de succès.
2. L'impact d'une intervention au niveau de la population peut être mesuré par la fraction étiologique qui dépend du risque relatif et de la prévalence du facteur de risque. Quand la prévalence est

élevée, même si le risque relatif est faible, l'impact de la réduction du facteur de risque dans la population sera considérable.

3. Il est évident que les comportements reliés à la santé comme le tabagisme, la diète et l'activité physique sont établis dès l'enfance. Ils sont difficiles et coûtent chers à changer une fois acquis. En outre, l'athérosclérose débute plusieurs décennies avant l'apparition de la maladie. Toute la population (ou presque) étant à risque de développer des comportements préjudiciables à la santé, elle peut bénéficier des interventions qui encouragent et renforcent les choix de comportements sains. De plus, toute tentative de les changer dans un segment de la population en négligeant une partie risque de conduire à une non-observance vis à vis des changements recommandés à cause de l'environnement social.

4. Le niveau de risque initial d'un individu ne prédit pas nécessairement le degré de changement dans les habitudes de vie en réponse à une intervention. Ainsi, les stratégies à haut risque peuvent ne pas atteindre plusieurs de ceux qui ont la volonté et la capacité de changer de modes de vie.

5. La stratégie à haut risque est onéreuse à cause des dépenses de dépistage et des stratégies d'intervention. La stratégie communautaire est donc potentiellement plus coût-efficace (Minkleby, 1994 ; Roussouw et coll., 1993). De plus, comme l'approche individuelle dépend des services médicaux, il s'en suit que la stratégie communautaire se prête mieux à la dissémination.

De plus, l'une des principales faiblesses de la stratégie à haut risque est de ne pas tenir compte de ceux qui ont un risque moyen ou faible, encore moins de ceux qui en sont exempts mais qui peuvent devenir à risque en raison de l'interaction sociale. Or, la majorité des cas de cardiopathie ischémique se produisent chez des gens qui présentent un profil de risque moyen et non pas chez le petit nombre d'individus à haut risque (Puska et coll., 1989 ; Kottke et coll., 1985 ; Blackburn, 1983 ; Rose, 1992).

Somme toute, ce débat sur la pertinence des interventions communautaires n'a pas été stérile. Il a permis, entre autre, de préciser l'importance et les limites de chacune des deux stratégies ainsi que leur complémentarité (Blackburn, 1983). Le journal *The Lancet* (2 : 317, 1983) a publié un éditorial dans lequel il considère que les deux approches ne sont pas

exclusives parce que les objectifs poursuivis sont distincts. Alors que les interventions communautaires représentent une politique ambitieuse et à long terme, les stratégies de dépistage des individus à haut risque ont plutôt des objectifs limités et visent des résultats immédiats. Blackburn (1983) considère que la stratégie à haut risque pourrait constituer la partie médicale d'une intervention communautaire.

2.3 L'IMPLICATION DES CITOYENS DANS LES INTERVENTIONS

2.3.1 Problèmes conceptuels dans la terminologie des processus communautaires

La littérature sur les interventions communautaires fait intervenir un ensemble de concepts qui méritent d'être précisés, car leur utilisation peut être génératrice de confusion. Avant de développer le concept d'activation communautaire, nous passerons brièvement en revue les concepts connexes d'organisation communautaire, de développement communautaire et de participation communautaire.

2.3.1.1 L'organisation communautaire

Selon Kramer (1983) cité par Doucet et Favreau (1994, p.12), l'organisation communautaire: « réfère à différentes méthodes d'interventions par lesquelles un agent de changement professionnel aide un système d'action communautaire, composé d'individus, groupes ou organisations, à s'engager dans une action collective planifiée dans le but de s'attaquer à des problèmes sociaux en s'en remettant à un système de valeurs démocratique ». Bracht et Kingsbury (1990) considèrent l'organisation communautaire comme un processus planifié pour activer une communauté à utiliser ses propres structures sociales et toutes les ressources disponibles pour accomplir des buts communautaires décidés primitivement par les représentants de la communauté et cohérents avec les valeurs locales. La typologie de Rothman (1979) distingue trois modèles en organisation communautaire : le développement local, le planning social et l'action sociale.

Le développement local vise à maximiser l'implication des individus dans le processus de résolution des problèmes sociaux par une sorte de développement endogène. La stratégie de changement serait la participation de toutes les couches de la population dans la définition et la résolution des problèmes en privilégiant le consensus. Le but ultime serait ici l'appropriation

des programmes mis en place par la communauté afin d'assurer leur efficacité et leur pérennité. Cette approche postule que les problèmes locaux peuvent être résolus à partir des ressources locales.

Le planning social met plutôt l'accent sur la planification rationnelle et la résolution des problèmes. L'identification des besoins est réalisée par des experts qui les classent par ordre de priorité. L'objectif le plus important ici est la résolution des problèmes contrairement au développement local qui accorde beaucoup d'importance au processus. Le programme est développé pour la communauté, alors qu'il se fait avec elle dans une perspective de développement local.

Quant à l'action sociale, elle utilise la mobilisation des groupes sociaux défavorisés, qui en prenant conscience de leur condition, réclament une redistribution du pouvoir et des ressources de la société. Cette approche est plutôt conflictuelle et vise à former des groupes de pression pour la défense des droits des couches défavorisées.

Selon Doucet et Favreau (1994), chacune des approches a son histoire, ses ressources et ses propres sources d'inspiration. Ainsi, l'action sociale s'inspire du syndicalisme, le développement local du mouvement coopératif et

le planning social de la démarche scientifique et des conceptions wébériennes de l'organisation. Ils concluent en considérant l'organisation communautaire comme: « un concept générique recouvrant un ensemble de stratégies et de méthodes d'intervention, un ensemble de pratiques liées au changement social par l'action collective dans et avec des communautés locales ». Vue sous cet angle, l'organisation communautaire engloberait le développement communautaire, la participation communautaire, et l'activation communautaire. Il convient enfin de noter avec Rothman que ces trois modèles sont des extrêmes analytiques qui, dans la pratique, se recourent.

2.3.1.2 Le développement communautaire

Le développement communautaire est considéré comme un terme central dans la pratique de la nouvelle santé publique en émergence (Labonté, 1993) et un élément important des stratégies populationnelles en promotion de la santé (Petersen, 1994). Labonté définit le développement communautaire comme étant :

« The process of organizing and/or supporting community groups in identifying their health issues, planning and acting upon their strategies for social action/social change, and gaining increased self-reliance and decision-making power as a result of their activities ». (Labonté, 1993, p.237)

Cette définition nous paraît similaire à celle de la stratégie de «développement local » de l'organisation communautaire. En effet, Doucet et Favreau écrivent : « Il est plus aisé de parler de développement local pour désigner le développement communautaire, trop longtemps identifié à l'action de gouvernements dans des communautés locales de milieu rural et à celle des Nations Unis dans le tiers monde » (Doucet et Favreau, 1994 p.20). Cette utilisation du développement communautaire par les gouvernements va à l'encontre de la perspective émancipatrice (empowerment) qui lui est rattachée en promotion de la santé. Selon Petersen, «même adopté par des organisations non gouvernementales, le développement communautaire a été une intervention paternaliste, imposée de l'extérieur pour le bien de la communauté, plutôt que d'être une tentative de modifier les relations de pouvoir établies ». Il s'agirait de préférence de mécanismes de régulation.

2.3.1.3 La participation communautaire

La participation communautaire est une composante essentielle de la stratégie des soins de santé primaires adoptée à Alma Ata en 1978. Elle est à la fois considérée comme un élément du processus et comme une finalité (Fournier et Potvin, 1995). Selon Rifkin (1996) la participation communautaire a été conçue dans un paradigme qui la considère comme une baguette magique

pour résoudre les problèmes issus tant du domaine de la santé que du pouvoir politique. Elle devait améliorer l'utilisation des services de santé, renforcer la contribution locale en ressources pour suppléer les carences de l'état, servir de véhicule de changement de comportement et favoriser l'émancipation des communautés (Rifkin, 1990).

Les définitions de ce concept sont nombreuses. L'OMS et l'UNICEF (1978) conçoivent la participation communautaire comme «un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté et d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté ». Pour Agudelo (1983), elle consiste en «l'implication de la communauté dans l'administration et le financement des services de santé ». Rifkin et coll. (1988), y voient un «processus social par lequel des groupes spécifiques partageant les mêmes besoins et vivant dans une aire géographique définie, poursuivent activement l'identification de leurs besoins, prennent des décisions et établissent des mécanismes pour satisfaire ces besoins ». Dans le cadre du PQDSC, la participation communautaire est considérée comme l'adoption et la prise en charge du message de santé du cœur par les différents acteurs communautaires.

2.3.1.4 L'activation communautaire

De tous les concepts relatifs à l'implication de la population rencontrés dans la littérature sur les interventions communautaires, celui de l'activation communautaire est le moins utilisé. Il est aussi celui qui a connu le moins de développement théorique bien que cette stratégie ait été utilisée dans plusieurs grands programmes de promotion en santé du cœur (Lessard et coll., 1992). Bracht et Kingsbury (1990) définissent le concept comme un « processus par lequel la communauté devient consciente d'un problème ou d'une condition qui existe dans la communauté, identifie cette condition comme une priorité pour une action communautaire, initie les étapes pour changer cette condition et établit les structures pour implanter et pérenniser les programmes qui ont permis de parvenir à ces solutions ». Cette définition s'apparente à celles de la participation communautaire puisqu'elle fait intervenir la communauté dans sa globalité et par conséquent directement les citoyens dans toutes les étapes de la planification et de la réalisation des programmes. Cependant, l'activation et la participation communautaires sont des concepts distincts. Il n'existe dans la littérature aucune indication que l'un pourrait être considéré comme une dimension ou un indicateur de l'autre.

Par contre, Von Korff et coll. (1992) et Wickizer et coll. (1993) conçoivent l'activation communautaire comme une stratégie de promotion de la santé qui comprend : 1) des efforts organisés pour accroître la prise de conscience et le consensus communautaires sur un ou plusieurs problèmes de santé; 2) une planification et une coordination organisationnelles et interorganisationnelles des programmes de prévention et de changement environnemental tant du point de vue physique que social; 3) une allocation interorganisationnelle de ressources aux activités, programmes et politiques destinés à changer le profil normatif des comportements de santé, et 4) l'implication des citoyens dans ces processus. Bien que cette définition mentionne aussi l'implication des citoyens, elle met plutôt l'accent sur celle des organisations.

Comme le signalent Wickizer et coll. (1993), l'activation communautaire s'enracine dans les théories de l'organisation communautaire et s'apparente à la stratégie du planning social qui met l'accent sur le développement de stratégies de planification rationnelle pour atteindre les objectifs. Il s'ensuit que l'activation communautaire cherche plutôt à impliquer les leaders communautaires, les représentants des citoyens, les professionnels de la santé à travers leur affiliation organisationnelle. Beaucoup d'importance

est accordée à des organisations comme les départements de santé publique, les écoles, les organisations sans but lucratif qui peuvent donner accès aux populations cibles. L'implication de la population cible est donc modérée dans l'activation communautaire contrairement à la participation communautaire où l'implication directe des citoyens est fortement recherchée et à l'approche médiatique dans laquelle l'implication de la population est faible ou nulle.

Il convient aussi de distinguer l'activation communautaire de la stratégie de développement communautaire. Les deux approches sont enracinées dans les théories de l'organisation communautaire. En référence à la typologie de Rothman, le développement communautaire s'apparenterait au développement local contrairement à l'activation communautaire qui tirerait son origine dans la stratégie du planning social. Ainsi, alors que l'activation communautaire met l'accent sur la résolution des problèmes tels que définis par les experts, le développement communautaire essaie plutôt de supporter les groupes communautaires dans la résolution de leurs problèmes tels qu'ils les définissent eux-mêmes. Le développement communautaire est donc une stratégie de longue durée qui vise essentiellement l'émancipation des groupes et l'amélioration de leur capacité à négocier les termes de leur interdépendance avec les professionnels externes et les autres organisations (Labonté, 1993).

Une définition opérationnelle de l'AC distingue trois dimensions : la planification organisationnelle, la coordination interorganisationnelle et l'intensité des activités. La planification organisationnelle réfère à l'intégration d'activités de promotion de la santé dans les activités routinières de l'organisation. La coordination organisationnelle se rapporte aux liens existants entre deux ou plusieurs organisations. Wickizer et coll. (1993) distingue trois types de coordination interorganisationnelle suivant l'intensité et le degré de formalisation des contacts et la coordination des activités. Le premier type est l'ajustement mutuel qui implique des contacts peu fréquents avec peu ou pas de formalisation. Chaque organisation conserve son identité et son autonomie. Le deuxième, l'alliance, suppose des contacts plus fréquents, plus ou moins formalisés et une faible perte d'autonomie. Enfin, la formation de corporation correspond à la fusion des organisations impliquées s'accompagnant d'une centralisation de l'autorité et d'une perte d'autonomie. L'activation communautaire serait susceptible de stimuler les deux premiers types de coordination entraînant ainsi un renforcement des liens horizontaux dans la communauté. Quant à l'intensité des activités, elle apparaît comme une conséquence des deux premières dimensions couplée à l'implication des citoyens dans les processus. C'est la définition proposée par Von Korff et coll. (1992) et Wickizer et coll.(1993) qui a été retenue dans le cadre de cette étude.

Il ressort de cette revue de la littérature qu'il existe une certaine confusion dans le jargon des interventions communautaires. Cependant, nous pouvons retenir que l'organisation communautaire au sens large est un terme générique qui recouvre tous les autres concepts susmentionnés. Pris dans un sens plus restreint, l'organisation communautaire (planning social et action sociale) et le développement communautaire peuvent être considérés comme des stratégies pouvant aboutir à l'activation communautaire qui facilitera à son tour la participation communautaire (Potvin et coll., 1992). Il s'ensuit donc que l'activation communautaire et la participation communautaire, généralement définis comme des processus, sont parfois considérés comme des effets désirables en promotion de la santé.

2.3.2 Problèmes de mesure des processus communautaires

La mesure est le processus par lequel on attribue une valeur numérique à chaque objet d'une collection de sorte que les objets soient ordonnés et que cet ordre reflète la quantité d'une dimension (ou attribut) d'intérêt possédée par chacun des objets. Dans le cas de notre étude, les objets à ordonner sont les communautés et la dimension à quantifier est l'activation communautaire.

En dépit de la place importante qu'occupent les processus communautaires dans les interventions en santé publique, leur mesure demeure un champ très peu exploré. Trois tentatives de mesure de la participation communautaire et un instrument de mesure de l'activation communautaire ont été répertoriés dans la littérature.

2.3.2.1 Mesures de la participation communautaire

La place importante accordée à la participation communautaire (PC) à la conférence d'Alma Ata a poussé certains chercheurs à tenter de mesurer cet élément important de la stratégie des soins de santé primaires. Ces tentatives de mesure se sont limitées parfois à compter le nombre de participants, d'activités ou de ressources (Fournier et Potvin, 1995 ; Bracht et Tsouros, 1990). Ainsi, Palmer et coll. (1986), membres du bureau régional de l'OMS dans le Pacifique, proposent comme indicateurs de mesure de la PC : « le pourcentage de communautés locales disposant d'organisations communautaires bien établies et le pourcentage de participation financière et en nature des communautés aux activités sanitaires ». Ces indicateurs ne mesurent que deux aspects de la PC et celui relatif à la participation financière est pour le moins très controversé (Dumoulin et Kaddar, 1993 ; Fournier et Potvin, 1995).

Après avoir critiqué les approches quantitatives de mesure de la PC, Rifkin et coll. (1988) ont proposé un instrument de mesure. Ils ont défini six facteurs de la PC : l'identification des besoins, le leadership, l'organisation, la gestion, la mobilisation des ressources et la préoccupation pour les pauvres. Chacune des dimensions (à l'exception de la dernière) est opérationnalisée par des indicateurs de processus et fait l'objet d'une évaluation subjective aboutissant à une classification en cinq points sur un continuum. Il a été utilisé dans une étude en Suède dans le cadre d'une intervention destinée à prévenir les accidents de la route (Bjaräs, 1991).

Cet instrument permet de comparer la PC sur un même programme à différents moments, mais ne peut être utilisé pour comparer deux ou plusieurs communautés. Pour comparer les niveaux de participation dans une même communauté à deux moments donnés, les deux évaluations devraient être réalisées par la même personne en raison de la subjectivité des scores attribués. Il ne permet pas non plus d'étudier la corrélation entre l'étendue de la participation et les effets du programme. De plus, Fournier et Potvin (1995) notent que les facteurs identifiés par Rifkin et coll. sont en fait les lieux d'expression de la PC. Enfin, le principal problème de cet instrument, note Potvin (1995), est la pauvreté dans la systématisation et la perte dans la complexité.

Par la suite, Fournier et Potvin (1995) ont identifié trois formes de PC selon les logiques sous-jacentes à cette notion: le renforcement de pouvoir, le jeu démocratique et la vision utilitariste. Goudreau (1992), en combinant les cinq lieux de Rifkin à ces trois formes, obtient quinze «lieux-formes» de la PC. Douze de ces derniers ont été opérationnalisés par 81 indicateurs. Cet instrument a été testé dans le cadre des projets d'eau de Care au Honduras en 1992. Les données ont été collectées par un seul observateur qui a rempli une grille pour chacune des communautés visitées. Le nombre élevé des indicateurs de cet instrument rend difficile son administration ainsi que l'interprétation des données. Il convient enfin de signaler que les propriétés psychométriques de ces instruments n'ont pas encore été étudiées.

2.3.2.2 Mesure de l'activation communautaire

La seule mesure de l'activation communautaire retracée dans la littérature est celle de Wickizer et coll. (1993). L'instrument a été élaboré afin de permettre de mesurer les changements dans l'activation communautaire dans le temps et à travers les communautés et de les mettre en corrélation les changements observés dans les normes, les comportements de santé et les conditions environnementales. L'activation communautaire a été évaluée par

enquête auprès d'informateurs-clé recrutés au moyen d'un échantillonnage par réputation.

L'instrument est constitué de deux parties. La première comporte un ensemble de questions ouvertes et fermées destinées à recueillir des informations relatives à la production d'activités et à la coordination interorganisationnelle des activités de promotion de la santé. Ces données ont été analysées par l'analyse de réseau (network analysis) et l'échelonnement multidimensionnel (multidimensional scaling). La deuxième partie se présente sous forme d'échelle de Likert en 5 points et tente de mesurer les trois dimensions de l'AC. Elle est constituée d'un ensemble de 10 items qui sont répétés pour chacune des cibles de l'intervention donnant lieu à autant d'échelles.

Quelques éléments de validation de l'instrument ont été signalés. Tout d'abord, les corrélations entre les items de chaque échelle étant élevés ($>.70$), ils ont été combinés en un seul score pondéré pour chacune des sphères d'activités. Une très bonne consistance interne des échelles a été rapportée avec cinq des six coefficients alpha de Cronbach supérieurs à $.89$ (le plus faible étant de $.82$). De plus, les corrélations positives entre les scores obtenus par les

différentes approches de mesure de l'AC témoignent d'une certaine validité convergente.

2.4 LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Une version adaptée de cet instrument a été utilisée dans l'évaluation du PQDSC. Ce projet s'est déroulé au Québec dans trois sites différents de 1993 à 1997. Le premier, Saint-Louis du Parc, est un site urbain pauvre, multi-ethnique situé dans le centre ville de Montréal et peuplé de 400 000 habitants. Cette intervention cible les enfants de 9 à 12 ans. Le deuxième, Rivière-du-Loup, est rural et localisé sur la rive sud du fleuve Saint-Laurent. C'est un territoire pauvre d'une densité de 11 habitants par kilomètre carré et une population de 90 000 habitants. Ce projet cible tous individus âgés de 18 à 65 ans. Le dernier, Fabreville, est un quartier semi-urbain situé à Laval dont la population est d'environ 15 000 habitants. Cette intervention vise les hommes de 35 à 60 ans. Ce sont trois projets autonomes avec des cibles et des objectifs différents qui sont intégrés par un projet unificateur: le PQDSC (Potvin et coll. 1992). Les données de notre étude proviennent du pré-test des projets de Fabreville et de Rivière-du-Loup, car celui de Montréal étant plutôt de type scolaire ne fait pas intervenir la communauté dans sa globalité.

3 OBJECTIF ET QUESTIONS DE RECHERCHE

L'objectif de cette étude est de discuter des problèmes de mesure des processus communautaires dans l'évaluation des interventions communautaires en promotion de la santé. Plus spécifiquement, elle se propose d'évaluer les qualités psychométriques de l'échelle de mesure de l'activation communautaire susmentionnée. Une bonne mesure des processus communautaires effectuée au moyen d'informations recueillies auprès d'individus issus des communautés suppose de bonnes propriétés métrologiques à deux niveaux. Au niveau individuel, l'instrument devrait être suffisamment sensible pour bien capter les opinions des informateurs et ces opinions devraient être relativement similaires pour les différents items de l'échelle pour avoir une bonne fiabilité. Ces conditions, comme nous le verrons à la section 3, ne garantissent pas une bonne fiabilité des scores agrégés obtenus à partir des informations recueillies au niveau individuel. Pour cela, cette étude tentera de répondre à deux questions:

1. L'instrument permet-il de bien mesurer les opinions des informateurs-clé?
2. L'agrégation des informations recueillies auprès des informateurs-clé d'une même communauté, permet-elle une classification fiable des communautés suivant leur niveau d'activation?

La réponse à ces questions est approchée dans l'article présenté à la section suivante.

DEUXIÈME PARTIE

4 ÉVALUATION DE LA FIABILITÉ ET DE LA VALIDITÉ D'UN INSTRUMENT DE MESURE DE L'ACTIVATION COMMUNAUTAIRE

par

Dieudonné Jean-Baptiste, MD
Louise Potvin, Ph.D.
Mustapha Berre, M.P.H.

Envoyer la correspondance à:
Louise Potvin, Ph.D.
C.P. 6128, succursale A
Montréal (Québec) Canada
H3C 3J7
Bureau: 2375, Chemin Côte Sainte Catherine

Mots clés: Mesure, processus communautaire, activation communautaire,
validité, fiabilité

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 relative à chaque cible de l'intervention.

Méthodes. Les données ont été collectées par enquête téléphonique auprès de 199 informateurs-clé issus de 24 municipalités situées dans un quartier de banlieue de Montréal ou dans une région rurale. Le coefficient alpha de Cronbach et la corrélation intraclasse ont permis d'étudier la fiabilité des échelles, alors que sa validité a été estimée par une série d'analyses factorielles exploratoires.

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

Conclusions. Ces résultats indiquent que l'instrument semble bien mesurer les opinions des informateurs mais qu'une classification des communautés à partir de leur score d'activation obtenu par l'agrégation des opinions des informateurs d'une même communauté pourrait comporter des problèmes de fiabilité.

INTRODUCTION

Il existe aujourd'hui un consensus croissant quant à l'efficacité potentielle des interventions communautaires en promotion de la santé et leur importance dans une stratégie de santé publique¹⁻¹². Cependant, les résultats d'évaluation apportent peu de résultats concluants à l'appui de cet acte de foi¹³⁻¹⁶. 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 élucidés⁹. 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 utilisés 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'AC: 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 1990¹⁸. Elle a été adaptée et utilisée dans le cadre de l'évaluation du volet québécois de l'initiative fédérale-provinciale en santé du cœur encore appelé Projet Québécois de Démonstration en Santé du Cœur (PQDSC). L'intervention s'est déroulée de 1993 à 1997 dans 12 communautés et visait la réduction du tabagisme, l'augmentation de l'activité physique de loisirs et la diminution de la consommation de gras¹⁷. Cette étude se propose d'étudier 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 seront très utiles. Ils 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 leurs communautés 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 de cette étude ont été collectées 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 liste¹ d'organismes communautaires susceptibles d'être impliqués dans les activités de promotion de la santé. Puis, un recensement des organismes a été effectué dans les 24 communautés à l'étude.

¹ Elle comprenait dix types: établissement scolaire primaire, centre local de services communautaires 'CLSC', la municipalité, l'organisme chargé des loisirs municipaux, club social, organisme d'entraide, association commerciale, organisme religieux, média régional, comité de santé du cœur

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 Wickizer et coll. (1993) a été réalisée par une personne bilingue possédant une expertise en promotion de la santé. La version ainsi obtenue 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 5 premiers items de chaque échelle, puisque les trois dernières questions servent à caractériser les activités et ne s'appliquent qu'à un sous-groupe de communautés².

Procédures d'analyse

Les analyses statistiques ont été réalisées sur 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

² Voir une copie du questionnaire à l'annexe I

a permis l'examen de 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 informateurs²⁰. Cette classification apparaîtra d'autant plus fiable que la variation des scores attribués par les informateurs d'une même communauté est plus faible que la variation des 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 1). Les items relatifs à la "préoccupation" ont eu les scores les plus élevés variant de 2.5 à 2.75. 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 (1.98).

Insérer tableau 1 ici

Les coefficients alpha de Cronbach varient selon la cible de .71 à .83 indiquant une bonne consistance interne des échelles. Les coefficients de corrélation intraclasse sont très faibles (tableau 1). 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 2, 3, 4).

(Insérer tableaux 2, 3 et 4 ici)

L'analyse factorielle exploratoire, effectuée par la méthode des axes principaux avec un facteur, révèle une structure unidimensionnelle expliquant de 48 à 60 pour cent de variance pour chacune de échelles (tableau 5). L'item "préoccupation" présente une saturation faible (.28) dans l'échelle tabac. Les corrélations entre les scores agrégés des trois échelles au niveau individuel (n=186) sont toutes statistiquement significatives et varient entre .38 et .54.

(Insérer tableau 5 et 6 ici)

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 unifactorielle 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 interorganisationnelle si l'on changeait la "disponibilité de fonds" en "allocation interorganisationnelle 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 communauté³ (.08) indique qu'elle apporte peu à l'explication factorielle. Cette élimination affecterait peu les coefficients alphas⁴. Cependant, nous ne suggérons pas de l'éliminer pour éviter de porter atteinte à

³ Il nous paraît utile de signaler que le mot "communauté" dans le jargon de l'analyse factorielle correspond à la traduction du mot anglais "communality" qui réfère à la variance commune.

⁴Après suppression de l'item 'préoccupation' de chacune des échelles, les coefficients alphas diminuent de .02 et .03 respectivement pour le tabac et l'activité physique et augmente de .01 pour la consommation de gras.

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 prudence²⁰. Pour améliorer la fiabilité des scores agrégés, il faudrait utiliser un grand nombre d'informateurs par communauté, soit 20 pour avoir une fiabilité de .71 pour l'échelle 'gras' et .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 interviewers qui sont à leur tour nichés dans les sites⁵. Ces derniers ne faisant pas partie de nos unités d'analyses, il nous a

⁵ Les 24 communautés du PQDSC à l'étude sont réparties dans deux sites : un semi-urbain et l'autre rural. Le cadre d'intervention du PQDSC a été développé ailleurs¹⁸

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, l'entraînement des interviewers 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^{21,22}.

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. (1993) n'a pas suivi les recommandations habituelles relatives à la traduction et à la validation transculturelle des instruments²⁷⁻³⁰ 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 s'agira d'utiliser ces échelles pour classer les communautés à partir de leur niveau d'activation.

TABLEAU 1

Statistiques descriptives et coefficients de fidélité des 3 échelles.

Échelles	Statistiques descriptives			Coefficients de fiabilité		
	Score moyen	Écart-type	Étendue	Alpha de Cronbach	Corrélation intraclasse	Coefficients de fiabilité
Tabac (n=123)	2.13	.37	1.75-2.74	.71	.04	.60
Activité physique (n=160)	2.68	.32	2.36-2.94	.77	-.04	-.44
Gras alimentaire (n=126)	1.98	.30	1.71-2.45	.83	.11	.32

- Les coefficients de fiabilité ont été calculés à partir de l'équation de Spearman Brown²¹ pour 8 informateurs par communauté.
- Plus le score moyen d'une échelle est élevée, plus la communauté est activée par rapport à la cible considérée.

TABLEAU 2

Matrice des corrélations entre les items de l'échelle tabac (N=123)

	1	2	3	4	5
1. Préoccupation					
2. Travail ensemble	.46**				
3. Élus municipaux	.02	.33**			
4. Argent disponible	.06	.37**	.47**		
5. Activités	.16*	.55**	.46**	.42**	

** . p < .01 * . p < .05

TABLEAU 3

Matrice des corrélations de l'échelle activité physique (N= 160)

	10	11	12	13	14
10. Préoccupation					
11. Travail ensemble	.45**				
12. Élus municipaux	.41**	.37**			
13. Argent disponible	.31**	.18*	.53**		
14. Activités	.45**	.45**	.52**	.47**	

** . $p < .01$ * . $P < .05$

TABLEAU 4

Matrice des corrélations de l'échelle consommation de gras
(N = 126)

	19	20	21	22	23
19. Préoccupation					
20. Travail ensemble	.43**				
21. Élus municipaux	.40**	.62**			
22. Argent disponible	.37**	.46**	.54**		
23. Activités	.34**	.65**	.55**	.61**	

** . $p < .01$

TABLEAU 5

Analyse factorielle exploratoire de chacune des 3 échelles

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

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

RÉFÉRENCES

1. Kottke T E, Puska P, Salonen J T, Tuomilehto J, Nissinen A. Projected effects of high risk versus population-based prevention strategies in cardiovascular diseases. American Journal of Epidemiology 1985; 121:697-704
2. Shea, S & Basch, C E. A review of five major community-based CVD prevention programs. Part I: Rationale, design and theoretical framework. American Journal of Health Promotion 1990; (4): 203-213.
3. Wagner E H, Koepsell T. D, Anderman C, Cheadle A, Curry S. G, Psaty B.M, Von Koff M, Wickizer T M, Beery W. L, Diehr P. K Ehreth, J, Kehrer, B H, Pearson, D C, Perrin, E B. The evaluation of the Henry J. Kaiser family Foundation's Community Health Promotion Grant Program: Design. Journal of Clinical Epidemiology 1991; 44 (7): 685-699.

4. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, Salonen J T, Koskela K, McAlister A, Kottke T E, Maccoby N, Farquhar J W. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Kavelia Project. Annual Review of Public Health 1985;(6): 147-193
5. Farquhar J, Fortmann S P, Flora J A, Taylor C B, Haskell W A, Williams P T, Maccoby N, Wood P D. Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five City Project. JAMA 1990; (3) 264: 359-365
6. Rose G, The strategy of preventive medicine. New York : Oxford University press, 1990
7. Blackburn H. Research and demonstration projects in community cardiovascular disease prevention. Journal of Public Health Policy 1983; 4:398-421
8. Puska P, Salomen J T, Tuomilehto J, Nissinen A, Kottke T W. Evaluating community-based preventive

- cardiovascular programs: Problem and experiences from the North Karelia Project. Journal of Community Health. 1983; 11 (3) :49-64.
9. **Patrick D, Wickizer T. M.** Community and health. In B. J. Amick, S. Levine, A. R. Tarlov & D. Chapman. Walsh (Eds). Society and health. New York University Press. 1995; 46-96.
 10. **Anonym.** Diet and ischemic heart disease. Agree or not? Editorial. The Lancet. 1983; 2: 317-319.
 11. **Rose, G.** Strategy of prevention: Lessons from cardiovascular disease. British Medical Journal. 1981; 282; 1874-1851.
 12. **Winkleby, M A.** The future of community-based cardiovascular disease interventions studies. American Journal of Public Health. 1994; 84 (9): 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: 1795-1801.

14. **Puska P.** Changes in coronary risk factors during comprehensive community programme to control cardiovascular diseases during 1972-7 in North Karelia. British Medical Journal, 1979; 2(6199): 1173-1178.
15. **Salonen J T.** Changes in morbidity and mortality during comprehensive community programme to control cardiovascular diseases during 1972-7 in North Karelia British Medical Journal. 1979; 2(6199): 1178-83.
16. **Rose G, Pedoe-Tunstall H.D, Heller F R.** UK Heart Disease Prevention Project : Incidence and mortality results. The Lancet. 1983; 1:1062-1065.
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 Coeur. Hygie 1992; 11 (1): 17-22.
18. Wickizer T M, Von Korff M, Cheadle A, Measer J, Wagner E. H, Pearson D, Beery W, Psaty B.M. Activating community for health promotion : A process evaluation method. American Journal of Public Health. 1993; 83 (4): 561-7.
19. Von Korff M, Wickizer T, Maeser J, O'Leary P, Pearson D, Beery W. Coomunity activation and health promotion : Identification of key organizations. American Journal of Health Promotion. 1992 ; 7 (2) : 110-117.
20. O'Brien R M. Estimating the reliability of aggregate-level variables based on individuals levels characteristics. Sociological Method and Research. 1990; 18:473-504.
21. Crocker L & Algina J. Introduction to classical and modern test theory. Hacrcourt Brace Jovanovich College Publishers. 1985.

22. **Shavelson J.R, Webb N.M.** Generalizability theory: A primer. California. Sage publication. 1991
23. **Brislin R W.** The wording and translation of research instruments. In W. Lonner & J. Berry (Eds.), Field Methods in Cross-Cultural Research Beverly Hills, CA: Sage. 1986.
24. **Brislin R W.** Back-translation for cross-cultural research. Journal of Cross-Cultural Psychology. 1970; 1: 185-216.
25. **Vallerand R J & Halliwell W R.** Vers une méthodologie de validation transculturelle des questionnaires psychologiques: Implication pour la psychologie du sport. Canadian Journal of Applied Sports Sciences. 1983; 8: 9-18.
26. **Vallerand R J.** Vers une méthodologie de validation transculturelle des questionnaires psychologiques: Implication pour la recherche en langue française. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne. 1989; 30: 662-680.

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.

1. 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.

2. 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.

3. 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**)

4. 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.

5. 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.

6. 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

7. Lors qu'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.

8. 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.

9. 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.

TROISIÈME PARTIE

5 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

5.1 COMPARAISON DES SCORES MOYENS DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'INFORMATEURS-CLÉ

En vue de rechercher une explication aux faibles coefficients de corrélation intraclasse, nous avons comparé les scores moyens de chaque échelle par rapport aux différentes catégories d'informateurs. Une hypothèse explicative plausible serait que les faibles coefficients de corrélation intraclasse soient une conséquence du plan d'échantillonnage. En effet, l'appartenance des informateurs-clé à des organisations très différentes les unes des autres pourrait avoir conduit à des opinions systématiquement divergentes quant au niveau d'activation des communautés, avec pour conséquence une forte variabilité intra-communautaire. Pour cela, nous présentons dans cette section des statistiques descriptives montrant la variabilité des scores moyens des trois échelles ainsi que le nombre de répondants par catégorie qui ont complété les différentes échelles. Puis, une série d'analyses de variance (One-way ANOVA) nous ont permis de comparer les scores moyens d'activation attribués par les différentes catégories d'informateurs aux communautés. Seules les catégories d'informateurs dont le nombre de répondants pour une cible donnée est au

moins égal à 13 (supérieur à la moitié du nombre total de communautés) ont été utilisées dans ces analyses. De plus, les représentants des médias ont été exclus dans l'échelle tabac parce que la variance de leurs scores était significativement différente de celle des autres.

La variabilité des scores moyens des items diffère d'une échelle à l'autre et paraît dans l'ensemble plus faible pour l'activité physique (Tableaux 5, 6, 7). Les résultats du tableau 9 indiquent d'abord que le choix des catégories d'informateurs n'étaient pas réaliste dans toutes les communautés puisque certaines d'entre elles sont faiblement représentées. Ainsi, les comités de santé du cœur se rencontrent essentiellement dans les communautés où se développent l'intervention alors que les associations commerciales locales ne sont présentes que dans 7 communautés. Seuls les intervenants en santé, les religieux et les représentants des médias étaient présents dans toutes les communautés. Ils montrent ensuite que l'activité physique est la cible pour laquelle les informateurs paraissent les plus aptes à se prononcer (80%). Paradoxalement, les intervenants en santé constituent avec les représentants scolaires les deux catégories pour lesquelles on observe les plus faibles taux d'opinion émise.

Les résultats des analyses de variance varient avec les échelles. Le tableau 10 présente les moyennes et les écart-types des catégories d'informateurs utilisés dans l'ANOVA. Par rapport au tabac, aucune différence significative n'a été mise en évidence ($p=.824$). En regard de l'activité physique, le score moyen des intervenants en santé est inférieur à celui des élus municipaux ($p=.02$). 3) Enfin, le score moyen des représentants des organismes d'entraide est statistiquement supérieur à celui des médias ($p=.00$) dans l'échelle activité physique.

TABLEAU 6

Description sommaire de l'échelle «tabac »

	Moyenne	Écart-type	N
Préoccupation	2.73	.30	24
Travail ensemble	1.98	.31	24
Élus municipaux	2.46	.39	24
Argent disponible	1.80	.32	24
Activités	1.76	.32	24

TABLEAU 7

Description sommaire de l'échelle «activités Physiques »

	Moyenne	Écart-type	N
Préoccupation	2.76	.18	24
Travail ensemble	2.84	.28	24
Élus municipaux	2.93	.31	24
Argent disponible	2.32	.29	24
Activités	2.60	.26	24

TABLEAU 8

Description sommaire de l'échelle «gras »

	Moyenne	Écart-type	N
Préoccupation	2.51	.22	24
Travail ensemble	1.88	.38	24
Élus municipaux	2.00	.42	24
Argent disponible	1.83	.37	24
Activités	1.71	.37	24

TABLEAU 9

Nombre de répondants par catégorie et pourcentage de répondants ayant complété chacune des échelles

	Total	Tabac %	Activités Physiques %	Consommation de Gras %
Comités de santé du cœur	13	85 (10)	100 (13)	77 (10)
Scolaires	23	35 (9)	56 (13)	39 (9)
Intervenants en santé	24	58 (15)	71 (17)	63 (15)
Élus municipaux	22	73 (15)	95 (21)	68 (15)
Loisirs municipaux	19	89 (14)	95 (18)	74 (14)
Club social	23	48 (14)	70 (16)	61 (14)
Organisme d'entraide	20	55 (13)	75 (15)	65 (13)
Association commerciale locale	7	71 (6)	86 (6)	86 (6)
Religieux	24	62 (15)	71 (17)	62 (15)
Médias	24	62 (15)	100 (24)	62 (15)
Nombre de répondants	199	123	160	126

TABLEAU 10

Moyenne et écart-type des scores d'activation attribués par les différentes catégories d'informateurs en fonction des cibles

	Moyenne	É-type	Moyenne	É-type	Moyenne	É-type
Comité de santé du cœur	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Scolaires	N/A	N/A	2.58	.53	N/A	N/A
Intervenants en santé	1.97	.36	2.28	.59	1.87	.52
Élus municipaux	2.24	.41	2.9	.54	2.15	.57
Loisirs municipaux	2.27	.58	3.01	.49	1.97	.50
Club social	N/A	N/A	2.66	.65	1.97	.59
Organisme d'entraide	N/A	N/A	2.64	.47	2.48	.67
Religieux	2.16	.51	2.84	.39	1.84	.60
Médias	N/A	N/A	2.81	.48	1.94	.49
Association commerciale	N/A	N/A	N/A	N/A	1.86+	.24

Note Les caractères imprimés en gras indiquent une différence significative

N/A désigne les catégories d'informateurs retenues dans l'analyse de la variance

QUATRIÈME PARTIE

6 DISCUSSION

La mesure des processus communautaires en promotion de la santé est une entreprise difficile à cause de la complexité de l'objet à mesurer. Pour tenir compte de cette complexité, une approche de type anthropologique pourrait paraître idéale. Mais, elle ne semble ni économique, ni utile pour établir des comparaisons entre plusieurs communautés. Elle n'est pas économique parce qu'un chercheur devrait s'investir pendant longtemps dans une seule communauté. La situation se complique davantage quand il s'agit de projets comportant plusieurs communautés. Les informations obtenues de cette manière, empreintes de subjectivité, ne sont pas systématisées et se prêtent mal à la comparaison entre communautés.

À notre connaissance, deux autres approches de mesure des processus communautaires ont été utilisées en santé publique. Dans la première, un ou plusieurs observateurs séjournent brièvement dans chaque communauté et remplissent une grille au moyen d'entrevues avec des informateurs, d'observation directe et/ou de consultation de documents du projet. Elle a été utilisée par Bjaras, Haglung et Rifkin (1990) dans le cadre d'une intervention destinée à prévenir les accidents de la route en Suède et par Goudreau (1992)

dans l'évaluation de la participation communautaire dans le cadre des projets d'eau de Care au Honduras. Cette approche ne paraît pas économique surtout dans les projets impliquant un nombre élevé de communautés. Si un seul observateur est utilisé, on pourrait réduire sensiblement les coûts, mais la fiabilité de l'échelle en serait affectée puisqu'une information recueillie par plusieurs observateurs serait plus fiable. En utilisant plusieurs observateurs, on pourrait améliorer la fiabilité, mais, le manque de systématisation de cette approche rendrait difficile la comparaison.

La seconde, utilisée aux États-Unis par Wickizer et coll. (1993) dans la mesure de l'activation communautaire, consiste en une enquête téléphonique auprès d'informateurs-clé différents dans chaque communauté. Cette approche représente une alternative très intéressante du point de vue économique et permet aussi d'avoir un meilleur taux de réponses qu'une enquête postale. C'est cette approche qui a été utilisée dans l'évaluation du PQDSC.

À cause de la nature de l'objet à l'étude, les informateurs ne disposent d'information que sur la communauté dans laquelle ils vivent ou travaillent. De plus, il nous paraît extrêmement difficile de choisir les informateurs aléatoirement dans la population générale puisque tous les habitants d'une communauté ne sont pas susceptibles d'être également informés de tout ce qui

se passe dans leur localité au sujet d'un problème de santé donné et encore moins au sein des organismes communautaires. Par exemple, en promotion de la santé du cœur, une personne peut être bien informée des activités en regard du tabac et tout ignorer de celles qui visent la promotion de l'activité physique. Cette approche est plus systématique que la première, mais elle perd dans la complexité.

Le problème de la fiabilité des mesures des processus communautaires ne peut être abordé à travers la théorie classique des tests. La théorie de la généralisabilité permet, par l'intermédiaire de l'analyse de la variance, de quantifier l'importance de chaque source de variation dans une situation de mesure (Crocker et Algina, 1985; Shavelson et Webb (1991). Avant de discuter des problèmes de fiabilité que pose le type de devis que nous avons utilisé, il nous paraît opportun de clarifier brièvement quelques expressions utilisées dans le jargon de la théorie de la généralisabilité.

La généralisabilité est le degré avec lequel on peut généraliser à partir d'une observation à un univers théorique. Chaque source de variation ou condition d'observation dans une situation de mesure s'appelle une facette. Selon les relations entre les facettes, on distingue les devis nichés et les devis croisés qui peuvent se combiner pour donner lieu à des devis mixtes. Selon

Shavelson et Webb (1991), une facette A est nichée dans une facette B si plusieurs niveaux de A sont associés à chaque niveau de B et si différents niveaux de A sont associés à chaque niveau de B. Par contre, une facette est dite croisée avec une autre, quand toutes les conditions de la facette sont observées avec toutes les conditions d'une autre source de variation. Une facette peut être aussi fixe ou aléatoire. Elle est dite fixe quand l'univers auquel on souhaite généraliser n'inclut que les conditions qui apparaissent dans l'étude. Elle est aléatoire lorsqu'elle comporte d'autres conditions de mesure que celles qui sont utilisées dans l'étude.

Comme le souligne O'Brien (1990), les devis nichés sont sans doute les plus utilisés en sciences sociales. Ceci pourrait être dû à la nature de l'objet de la mesure et à des contraintes financières. Dans le cadre de notre étude, plusieurs informateurs-clé renseignent sur le niveau d'activation de leur communauté en répondant aux questions posées par un interviewer. Elle comporte donc trois facettes: les informateurs, les interviewers et les communautés. Si on avait un interviewer par communauté, les informateurs-clé seraient nichés dans les interviewers qui seraient à leur tour nichés dans les

communautés. On aurait un devis correspondant au type R:I:A⁶ décrit par O'Brien (1990). Cependant, les interviewers étant nichés dans les sites du PQDSC qui comportent chacun un certain nombre de communautés, notre devis est d'un type particulier. Nos unités d'analyse étant les communautés (le nombre de sites étant trop petit pour ce type d'analyses statistiques), il nous a été impossible de prendre en compte cette source de variation que représentent les interviewers. Cependant, nous pensons, comme nous l'avons mentionné précédemment, que la standardisation du questionnaire, l'entraînement et la supervision des interviewers aient minimisé l'impact de cette source de variation potentielle.

6.1 LIMITES DU DEVIS NICHÉ

Comme il a été mentionné précédemment, les informateurs-clé ne proviennent pas d'un choix aléatoire. Ils sont donc à la fois nichés dans les communautés et fixes. Dans ce cas, selon la théorie de la généralisabilité, l'univers de généralisation se limite aux types d'informateurs ayant participé à

⁶ Les ":" indiquent le nichage. "R" correspond au répondant, "I" à l'interviewer et "A" à un niveau agrégé comme la communauté.

l'étude. Or notre ambition est de comparer les communautés sur la base de leur degré d'activation à partir des scores attribués par les informateurs-clé. Pour que ces derniers soient plus ou moins représentatifs de tous les informateurs potentiels dans les communautés, ils ont été recrutés au sein d'organismes communautaires de telle sorte que les mêmes catégories soient présentes dans toutes les communautés. De plus, un protocole rigoureux d'entrevue a permis une standardisation du processus de manière à réduire l'erreur liée à la mesure.

Un autre problème qui menace ce devis est la non-indépendance de données. Selon Kenny et La Voie (1986), la non-indépendance provient du fait que les membres d'un même groupe auraient tendance à être plus similaires que ceux provenant de groupes différents. Dans le cas de notre étude, elle se manifesterait par l'existence d'une corrélation entre les scores attribués par différents informateurs d'une même communauté. Une telle situation aurait entraîné un biais (augmentation des corrélations) dans les résultats de toutes les analyses statistiques effectuées au niveau individuel qui postulent l'indépendance des données comme le coefficient alpha de Cronbach et l'analyse factorielle exploratoire.

La corrélation intraclasse permet d'estimer l'ampleur de ce problème. Quand elle est faible, la non-indépendance est peu probable. Dans cette étude,

les coefficients de corrélation intraclasse sont faibles, variant de $-.04$ à $.11$. Ils sont positifs en regard du tabac et de la consommation de gras et négatif pour l'activité physique. Ces résultats indiquent que les informations provenant d'informateurs issus d'une même communauté sont plus similaires pour les deux premières cibles que celles provenant de communautés différentes. La valeur négative observée pour l'activité physique indique la situation inverse. Ils indiquent aussi que les corrélations entre les items observées pour l'activité physique sont dépourvues d'effet groupe, alors que le pourcentage de variance dû à ce dernier est faible (4 et 11 pour cent) pour le tabac et la consommation de gras. Étant données ces faibles valeurs, nos données peuvent être considérées comme indépendantes et interprétables au niveau individuel.

Cependant, ces dernières observations constituent un inconvénient majeur si l'on s'intéresse à la fiabilité d'une classification des communautés basée sur des scores d'activation obtenus par l'agrégation des scores individuels. Cette classification étant d'autant plus fiable que les coefficients de corrélation intraclasse sont élevés, un nombre important d'informateurs par communauté serait donc nécessaire pour améliorer sa fiabilité.

Ainsi, l'interprétation des coefficients de corrélation intraclasse expose le chercheur à un véritable dilemme. D'une part, la non-indépendance des

données est souhaitable pour pouvoir étudier les qualités psychométriques du questionnaire. D'autre part, on peut être intéressé par la fiabilité des mesures agrégées comme dans l'évaluation des processus communautaires. O'Brien (1990) note qu'il n'y a pas de règle de correspondance entre les niveaux de mesure individuel et agrégé. Alors qu'un haut degré de fiabilité des mesures au niveau agrégé suppose de grandes différences entre les moyennes de groupe, de petites différences entre les scores individuels dans un même groupe et de grands échantillons; des coefficients alphas de Cronbach élevés impliquent, par contre, une grande variabilité des scores individuels et des patrons de scores individuels relativement similaires sur les différents items constituant l'échelle. Il serait donc erroné de croire que des coefficients alphas de Cronbach élevés permettent une classification fiable des communautés basée sur l'agrégation des opinions des informateurs-clé.

Pour pallier ces inconvénients, une étude en deux étapes pourrait être envisagée. Au cours de la première, des informations seraient recueillies auprès d'un seul informateur par communauté. Ces données indépendantes serviraient à étudier la consistance interne et la validité factorielle de l'instrument. Dans un deuxième temps, un devis similaire à celui de la présente étude pourrait être utilisée pour calculer les coefficients de corrélation intraclasse.

6.2 LIMITES DU PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE

Deux types de méthodes d'échantillonnage ont été utilisés dans l'évaluation de l'activation communautaire. L'échantillonnage par réputation (reputational sampling) utilisé par Wickizer et coll. (1993) consiste à cibler des organisations et à demander à chaque informateur de désigner d'autres membres de la communauté susceptibles de fournir des informations pertinentes relatives à une cible donnée. Cette méthode peut conduire à une sélection biaisée des informateurs, particulièrement quand elle est utilisée dans de grandes communautés où toutes les organisations impliquées d'une façon ou d'une autre dans les activités de promotion ne se connaissent pas nécessairement. Elle risque aussi de donner lieu à des groupes homogènes d'informateurs si aucune autre approche n'est envisagée pour la compléter.

Quant à l'approche utilisée dans l'évaluation du PQDSC, elle présente le problème inverse. Elle risque de générer des groupes hétérogènes avec pour conséquences des opinions systématiquement différentes. De plus, on devrait s'assurer que les organisations choisies sont présentes dans toutes ou au moins, dans la majorité des communautés à l'étude.

Dans le cadre de cette étude, les scores moyens d'activation attribués par les différentes catégories d'informateurs ne diffèrent pas dans l'ensemble selon les résultats de l'analyse de la variance. Cette observation n'appuie pas l'hypothèse que les faibles coefficients de corrélation intraclasse soient une conséquence du plan d'échantillonnage mais ne permet pas non plus de la rejeter en raison de certaines limites attachées à nos données. Pour réaliser l'ANOVA, nous avons dû postuler que les patrons de réponses d'une catégorie d'informateurs à travers les communautés étaient semblables. De plus, les médias ont été exclus dans l'échelle tabac pour garantir l'homogénéité des variances, bien qu'apparemment ils pourraient y faire apparaître une différence significative. Enfin, l'ANOVA a été réalisée avec des effectifs inégaux.

À notre avis, un plan d'échantillonnage qui combinerait les deux approches susmentionnées pourrait faciliter la réduction des risques de biais. Pour cela, une identification systématique des organisations existantes dans les communautés pourrait précéder et accompagner l'échantillonnage par réputation. Par ailleurs, dans un contexte de pays en développement, il faudrait aussi ajouter à liste des informateurs certains individus qui peuvent ne faire partie d'aucune organisation, mais dont l'influence dans la communauté est si reconnue qu'on les appelle des «leaders naturels ».

Il se pose aussi la question des catégories d'informateurs à recruter. L'étude américaine s'était limitée «aux importantes organisations impliquées» dans les activités de promotion de la santé. L'étude québécoise a élargi le cadre de recrutement aux «organisations susceptibles d'être impliquées» dans ces activités. L'inconvénient de la première approche est essentiellement de ne prendre en compte que l'opinion des personnes impliquées, ce qui risque de surévaluer le niveau d'activation. La deuxième approche, à son tour, peut entraîner la formation de groupes si hétérogènes que la variabilité intra-communautaire peut être si importante qu'elle dépasse la variabilité intercommunautaire, comme ceci a été observé dans l'échelle de l'activité physique.

7 CONCLUSION

On le voit, la mesure de processus communautaire en promotion de la santé est une entreprise difficile et complexe. Chaque tentative de mesure est susceptible de soulever des critiques pouvant conduire à un meilleur développement théorique. La rigueur du processus de la mesure exige la clarification des concepts, la précision de leurs dimensions qui seront ensuite opérationnalisées par des indicateurs. Il s'agit d'un processus récursif susceptible de conduire le chercheur à réviser son cadre conceptuel et à préciser ses définitions. Ce dialogue entre les tentatives d'appréhension empirique et les constructions théoriques favorise le raffinement des concepts, la précision de leurs dimensions et leur opérationnalisation. Il permettra aussi, dans le cas des processus communautaires, de juger de l'opportunité de la place qui leur a été accordée dans les interventions en promotion de la santé.

Si de nombreux chercheurs se sont intéressés aux problèmes que confronte l'évaluation des interventions communautaires en promotion de la santé (Winkleby, 1994; Susser, 1995; Mittelmark, 1993; Fisher, 1995; Fishbein, 1996; Koepsell, 1992), la mesure des processus communautaires n'a pas été l'objet d'une attention particulière. Se référant à ce qu'il appelle les

tribulations des essais communautaires, Susser (1995) soutient que la généralisabilité requiert une profonde pénétration du monde comme il est, habituellement avec une inévitable perte de rigueur. N'en est-il pas de même de la mesure des processus communautaires ?

En effet, l'utilisation d'un devis pour tenter de comparer les communautés sur la base de leur score d'activation devrait être comprise dans cette perspective. La généralisation des résultats d'une communauté donnée à l'ensemble des communautés à l'étude suppose un choix aléatoire des informateurs-clé. Or, la nature même de l'objet de la mesure rend difficile, sinon impossible un tel choix. Il est, en effet, difficile d'imaginer que tous les membres d'une communauté seraient de potentiels informateurs en regard des différentes cibles d'une intervention en promotion de la santé. Pour parvenir à une certaine représentativité des informateurs, un cadre de recrutement rigide a été adopté dans l'évaluation du PQDSC: constitution préalable d'une liste d'organismes communautaires, recensement de ces organismes dans chacune des communautés à l'étude et choix des informateurs parmi les responsables. Ces procédures de sélection nous ont conduit à postuler que les catégories d'informateurs sont comparables à travers les communautés et qu'ils représentent les personnes les mieux informées au sujet de l'activation

communautaire. De plus, l'utilisation de questions fermées et l'uniformisation de la collecte des données devraient améliorer la généralisabilité des résultats. La qualité de la généralisation dépendra de la mesure dans laquelle ces postulats auront été violés. Cependant, cette approche comporte certaines limites qui ont été discutées dans la section précédente.

La mesure des processus communautaires est donc un champ d'étude qui demeure peu exploré. Cette mesure de l'activation communautaire représente à notre avis la tentative de mesure la plus systématisée des processus communautaires en promotion de la santé. Sous certaines conditions, elle permet de comparer les communautés selon leur niveau d'activation et de mettre les scores d'activation en relation avec les effets des interventions validant ainsi le lien entre l'activation communautaire et les changements de comportement au niveau individuel. D'autres études sont cependant nécessaires pour raffiner les méthodes de collecte d'informations et parvenir à une meilleure généralisabilité.

8 BIBLIOGRAPHIE

Agudelo C A. Community participation in health activities: some concepts and appraisal criteria. Bulletin of the Pan American Health Organisation. 1983; 17: 375-385.

Anonym. Diet and ischemic heart disease. Agree or not ? Editorial. The Lancet. 1983; 2: 317-319.

Bjaras G, Haglund B J A, Rifkin S B. A new approach to community participation assessment. Health Promotion International 1991; 6 (3): 199-208.

BlackBurn H. Research and demonstration projects in community cardiovascular disease prevention. Journal of Public Health Policy 1983; 4:398-421

Bracht N & Tsouros A. Principles and strategies for effective community participation. Health Promotion International 1994; 5 (3): 199-208.

Bracht N, Kingsbury L. Community organization principles in health promotion : A five stage model. In N.Bracht Health promotion at the community level. Sage Beverly Hills, CA 1990.

COMMIT Research Group. Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): I. Cohort results from a four-year intervention. American Journal of Public Health. 1995; 85: 183-192.

Crocker L & Algina J. Introduction to classical and modern test theory. Haccourt Brace Jovanovich College Publishers. 1985.

Doucet L et Favreau L. Théorie et pratiques en organisation communautaire Pressess de l'Université du Québec, 1994.

Dumoulin J et Kaddar M. Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique sub-saharienne: rationalité économique et autres questions subséquentes. Sciences Sociales et Santé 1993; 9: 81-119.

Fishbein, M. Great expectations, or do we ask too much from community-level interventions. American Journal of Public Health. 1996; 86 (8): 1075-6.

Fisher Jr, E.B. The results of the COMMIT trial . American journal of public health. 1995; 95 (2): 159-60.

Fournier P et Potvin L. Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme. Sciences Sociales et Santé 1995; 13 (2): 39-58.

Goudreau M. Un instrument de mesure de la participation communautaire appliqué aux projets d'eau de Care au Honduras: Travail dirigé présenté au Département de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Montréal en vue de l'obtention du grade de M.Sc. en Santé Communautaire. 1992.

Hawe P. Capturing the meaning of "Community" in community intervention evaluation: some contributions of community psychology. Health Promotion International. 1994; 9 (3): 199-210.

Hawley A H. Human Ecology: A theory of community structure. New York, The Ronald Press. 1950.

Heller K. The return to community. American Journal of Community Psychology. 1989; 17 (1) :1-15.

Hillery G A. Definitions of community: Areas of agreement. Rural Sociology. 1955; 20: 111-123.

Kenny D A & La Voie L. Separating individual and group effects. Journal of Personality and Social Psychology. 1985; 88 (2): 339-48.

Koepsell T D, Wagner E H, Cheadle A C, Patrick D L, Martin D C, Dierh P H, Perrin E B, Kristal A R, Allan-Andrilla C H, Dey L J. Selected methodological issues in evaluating community-based health promotion and

disease prevention programs. Annual Review of Public Health. 1992; 13: 31-57.

Kottke T E, Puska P, Salonen J. T, Tuomilehto J, Nissinen A. Projected effects of high risk versus population-based prevention strategies in cardiovascular diseases. American Journal of Epidemiology 1985; 121:697-704

Labonté, R. Community development and partnerships. Canadian Journal of Public Health. 1993; 84 (4): 237-40.

Lessard R, Paradis G et Potvin L. Le projet Québécois de démonstration en santé du cœur : Initiative fédérale-provinciale en santé du cœur. Protocole du Projet québécois de Démonstration en Santé du Coeur, Montréal, 1992.

McCormick J & Skrabanek P. Coronary heart disease is not preventable by population interventions. The Lancet. 1988; 2:839-841

McLeroy KR, Bibear D, Steckler A, Glang K An ecological perspective on Health Promotion Health Education Quarterly: 1988, 15: 351-378

McMillan D W, Chavis D M. Sense of community: a definition and theory. Journal of Community Psychology. 1986; 14: 6-23

McMillan D. Sense of community: An attempt at definition. Unpublished manuscript, George Peabody College for teachers, Nashville, TN.

Mittelmark M. B, Hunt M. K, Heath G. W, Schmid T.L. Realistic outcomes: Lessons from community-based research and demonstration programs for prevention of cardiovascular disease. Journal of Public Health Policy. 1993; 14 (4): 437-62.

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 (3): 1795-1801.

Nisbet R A. Moral values and community. In Waren R L (Ed.), Perspectives on the american community (p. 85-93). Chicago: RandMcNally. 1973.

O'Brien R M. Estimating the reliability of aggregate-level variables based on individuals-level characteristics. Sociological Methods and Research. 1990; 18: 473-504.

Oliver M, Coronary risk factors: should we not forget about mass control. World Health Forum 1984; 5:5-18.

Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être Canada, Association canadienne de santé publique. Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé. 17-21 novembre 1986.

Palmer C T, Anderson J M. Évaluation du développement de la participation communautaire. World Health Statistics Quart. 1986 ; 39:345-352.

Patrick D, Wickizer T. M. Community and health. In B. J. Amick, S. Levine, A. R. Tarlov & D. Chapman. Walsh (Eds). Society and health. New York University Press. 1995; 46-96.

Petersen A.R. Community development in health promotion : Empowerment or regulation. Australian Journal of Public Health. 1994; 18 (2) : 213-7.

Pirie P L, Stone E J, Assaf A R, Flora J A, Maschewsky-Schneider U. Program evaluation strategies for community-based health promotion programs: perspectives from the cardiovascular disease community research and demonstration studies. Health Education Research: Theory and practice. 1994; 9 (1): 23-36.

Potvin L, Paradis G, Laurier D, Masson P, Pelletier J, Lessard R. Le cadre d'intervention du Projet québécois de Démonstration en Santé du Coeur. Hygie 1992; 11 (1): 17-22.

Potvin L. Mesure de la participation communautaire: Références conceptuelles et méthodologiques. Manuscrit non publié 1995.

Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, Salonen J T, Koskela K, McAlister A, Kottke T E, Maccoby N, Farquhar J W. The community based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project. Annual Review of Public Health 1985 (6), 147-193

Puska P, Salonen J.T, Tuomilehto J, Nissinen A, Kottke T.W. Evaluating community-based preventive cardiovascular programs: Problems and experiences from the North Karelia Project. Journal of Community Health 1983; 9 (1): 49-64.

Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Salonen J T, Vartiainen E, Koskela K, Korhonen H J. The North Karelia Project: 15 years of community-based prevention of coronary heart disease. Annals of medicine. 1989; 21: 169-74.

Puska P. Changes in coronary risk factors during comprehensive community programme to control cardiovascular diseases during 1972-7 in North Karelia. British Medical Journal, 1979; 2(6199): 1173-1178.

Rifkin S B, Muller F, Bichman W. Primary Health Care: On measuring participation. Social Science and Medicine. 1988; 26 (9): 931-940.

Rifkin S B. Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale OMS, Genève.1990.

Rifkin S. B. Paradigm loss: Toward a new understanding of community participation in health programmes. Acta tropica 1996; 61 (2): 79-92.

Rose G, Pedoe-Tunstall H.D, Heller F R. UK Heart Disease Prevention Project : Incidence and mortality results. The Lancet. 1983; 1:1062-1065.

Rose, G., The strategy of preventive medicine. New York : Oxford University press, 1990

Rossouw J E, Jooste P L, Chalton D O, Jordaan E R, Langenhoven M L, Jordaan P C J, Steyn M, Swanepoel A S P, Rossouw L J. Community-based intervention: The Coronary risk Factor Study (CORIS). International Journal of Epidemiology. 1993; 22 (3): 428-438.

Rothman J. Three models of community organisation practice, in Strategies of community organization. Edited by F M Cox , J L Erlich and J Teresa. Itasca, Ill Peacock Publishers. 1970 p. 20-30.

Salonen J T, Kottke T E., Jacobs DR. Hannan P J. Analysis of comm based cardiovascular disease prevention studies. Evaluation issues in the North

Karelia Project and the Minnesota Heart Health Program. International Journal of Epidemiology 1986; 15:176-182

Salonen J T. Changes in morbidity and mortality during comprehensive community programme to control cardiovascular diseases during 1972-7 in North Karelia British Medical Journal. 1979; 2(6199): 1178-83.

Shavelson J.R, Webb N.M. Generalizability theory: A primer. California. Sage publication. 1991

Shea, S & Basch, C E. A review of five major community based CVD prevention programs. Part I: Rationale, design and theoretical framework. American Journal of Health Promotion. 1990; 4 (3): 203-213.

Sherer, J. Contemporary community. London : Tavistock Publications. 1972.

Susser, M. The tribulations of trials-interventions in communities. American Journal of Public Health. 1995; 85 (2): 156-158.

Thompson B & Kinne S. Social Change Theory: Application to community health. In N. Bracht Health promotion at the community level. Sage Beverly Hills, CA 1990.

Tonnies F. Community and society. Translated by Charles P. Lormis 1957.
Lansing MI : Michigan State University Press. 1887.

UNICEF-OMS. Les soins de santé primaires UNICEF-OMS, Genève, 1978.

Von Korff M, Wickizer T, Maeser J, O'Leary P, Pearson D, Beery W.
Community activation and health promotion : Identification of key
organizations. American Journal of Health Promotion. 1992 ; 7 (2) :110-117.

Waren R L. The community in America. Boston : Houghton Mifflin. 1978.

Wickizer T M, Von Korff M, Cheadle A, Measer J, Wagner E H, Pearson
D, Beery W, Psaty BM. Activating community for health promotion : A
process evaluation method. American Journal of Public Health. 1993; 83 (4):
561-7.

Winkleby, M A. The future of community-based cardiovascular disease
interventions studies. American Journal of Public Health. 1994; 84 (9): 1369-
72.