



Message du nouveau président

L'ASPQ AU XXI^E SIÈCLE : UN ESPACE À OCCUPER

Dernièrement, le Bureau de l'ASPQ me faisait confiance et me désignait comme président, suite à la démission du docteur Françoise Bouchard qui a vaillamment oeuvré à ce poste durant les 5 dernières années. Je tiens à lui rendre hommage et à l'en remercier en votre nom à tous. Elle laisse la présidence au moment où l'ASPQ connaît une stabilité et un dynamisme renouvelé, comme en témoignaient d'ailleurs l'atmosphère et le contenu de l'ultime réunion du Bureau qu'elle a présidé le 13 décembre dernier.

Si j'ai accepté de prendre la relève, c'est sans doute parce que je sentais mon tour venu après plusieurs années comme membre du Bureau. C'est beaucoup aussi parce que je savais pouvoir compter sur des membres qui cumulent des connaissances et une expérience très riche, sur l'appui d'un Bureau de direction hors pair et engagé, et sur une «équipe» (toute petite, mais importante) de permanents compétents et efficaces.

Bien sûr, j'ai accepté la présidence d'abord par conviction. Je suis fier des réalisations passées de l'ASPQ et je crois en sa mission unique comme espace spécial de rencontres et de liberté, au delà des solitudes, contraintes et divisions professionnelles, institutionnelles, académiques, corporatistes et syndicales avec lesquelles il faut souvent composer.

Il s'agit d'un espace, virtuel certes, et il nous revient de l'occuper. C'est un espace privilégié, une zone franche, qui a le potentiel de susciter la rencontre de personnes et d'organisations de tous horizons, et de leur permettre de développer une vision et des positions communes, de s'exprimer collectivement, d'exercer ensemble une influence sociale et politique, et de développer des projets innovateurs pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de la population et des communautés.

Renald Bujold
Président de l'ASPQ

En effet, comme membres, nous provenons du domaine des sciences sociales ou du champ bio-médical : nous travaillons dans des ministères, des Régies régionales, des directions de santé publique, des CLSC, des universités, des collèges, des groupes communautaires, des industries, des associations syndicales ou professionnelles ou nous sommes de simples citoyens. En un mot, nous venons d'horizons différents, mais nous avons tous à coeur la santé et la qualité de vie des populations et des communautés. C'est ma conviction que nous avons intérêt à occuper cet espace alternatif et complémentaire que nous offre cet outil qu'est l'ASPQ. La société québécoise en a besoin.

Être membre de l'ASPQ et y oeuvrer nous procure un espace professionnel, ouvert et diversifié. Certes, cet engagement personnel ajouté à une tâche professionnelle déjà lourde, peut être exigeant, mais peut également se révéler valorisant et très stimulant sur le plan personnel et professionnel. De plus, il peut nous faire découvrir de nouvelles possibilités d'avancement et surtout nous procurer la satisfaction de contribuer à quelque chose d'utile à la société. C'est grâce à cette forme d'engagement de nos prédécesseurs que, depuis plus de 55 ans, l'ASPQ a été présente sur toutes les frontières où se sont déroulées des luttes pour faire avancer de nouvelles approches ou de nouvelles pratiques comme en témoigne le bilan que vous présente le présent Bulletin.

Que sera l'ASPQ au XXI^e siècle? Elle sera de plus en plus cet espace alternatif et complémentaire de rencontre, de partage et de liberté en santé des populations et des com-

munautés, à condition que ses membres actuels et potentiels veuillent bien occuper cet espace. C'est pourquoi, les deux axes de développement stratégique auxquels je donnerai priorité durant ma présidence seront le développement d'un membership participatif et l'actualisation de cet espace alternatif et complémentaire en promotion de la santé des populations et des communautés au Québec. Le dossier du membership en particulier est un dossier que notre ex-prési-

dente avait à coeur. Elle continuera de s'en occuper comme membre du Bureau, à titre de présidente sortante. Nous vous reviendrons bientôt avec un plan d'action stratégique pour que les membres de l'ASPQ, de plus en plus nombreux, aient la chance de partager et de participer davantage à la vie de leur association et en retirer les bénéfices qu'ils sont en droit d'attendre.

Bienvenue et longue vie à l'ASPQ du XXI^e siècle!

QUAND LE FLAMBEAU CHANGE DE MAIN !

Les gens passent, les institutions restent, dit le vieil adage. Sans prétendre que l'ASPQ constitue une véritable institution (bien que...), il n'en demeure pas moins que la composition de son bureau de direction change périodiquement. Et c'est bien ainsi.

En effet, depuis le 13 décembre dernier, l'ASPQ a un nouveau président en la personne de Renald Bujold de la direction de la santé publique de Montréal-Centre. Sa prédécesseure, Françoise Bouchard, aura passé près de cinq ans à assurer les destinées de l'ASPQ.

Ce qui nous pouvons retenir de Françoise Bouchard, c'est certes sa détermination à vouloir défendre la santé publique via l'ASPQ. Son dynamisme et sa croyance à la présence de l'ASPQ dans le décor de la santé publique a permis à l'Association de se développer et de gagner en reconnaissance. Prenons le dossier tabac. C'est sous sa présidence que la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (CQCT) a été constituée et maintenue sous la bannière de l'ASPQ. Nous savons que la CQCT a joué un rôle majeur dans l'adoption de la loi québécoise sur le tabac.

Dans le dossier périnatalité, avant mais également sous sa gouverne, l'ASPQ a appuyé et milité en faveur de la reconnaissance de la pratique sage-femme dans le réseau de la santé. C'est en 1999 que cette reconnaissance a été enchâssée dans une loi.

Si Françoise Bouchard quitte la présidence, elle ne quitte pas le bureau de direction. Au nom de ce dernier, mille mercis !

Par ailleurs, en septembre dernier, Hélène Valentini s'est retirée du dossier Périnatalité qu'elle pilotait depuis plusieurs années. Elle demeure au sein du bureau de direction et suivra le développement du dossier d'un peu plus loin.

Sous la responsabilité de Hélène Valentini, l'ASPQ aura été fort active en périnatalité au Québec. On a qu'à penser aux Journées Annuelles de Périnatalité qui existent depuis 1993, tenues dans plusieurs régions du Québec et attirant des centaines de personnes. De plus, l'ASPQ aura également contribué

au long périple qui a mené à l'adoption d'une loi sur l'intégration des sages-femmes dans le réseau de la santé. Sans nul doute, avec l'ASPQ, Hélène Valentini aura contribué au progrès de l'humanisation de la naissance au Québec.

Au nom du bureau de direction, grand merci pour ces années d'implication.

La relève sera assurée par Hélène Cornellier qui possède une excellente connaissance de la périnatalité au Québec. Bienvenue dans l'équipe !

SOMMAIRE

L'ASPQ au XXI ^e siècle : un espace à occuper	1
L'ASPQ : des comités et des colloques	3
La petite histoire de l'ASPQ	7
Sur le point d'intervenir en matière de sécurité alimentaire au Québec ?	13
Écoles en santé : une avenue prometteuse pour améliorer le bien-être et la santé des jeunes	14
Pour une hausse des budgets pour la recherche en sciences humaines	17
Une première en santé publique au Canada	18
Notes de plaidoirie	19
Un colloque pour questionner les pratiques en promotion de la santé et du bien-être	23
La lutte au tabagisme dans la francophonie	24
Une association-soeur : l'Association péruvienne de santé publique	25
L'équipe ASPQ	27
Formulaires d'inscription	28

L'ASPQ : DES COMITÉS ET DES COLLOQUES

L'ASPQ commence le siècle comme il a terminé le précédent, avec plusieurs projets en cours, et en santé ! En 1999, les réalisations auront été au rendez-vous. Le texte qui suit en fait le bilan et les perspectives pour 2000.

PÉRINATALITÉ

Il s'agit de l'un des dossiers majeurs de l'ASPQ depuis plusieurs années. Le journal le *Périscoop*, dont deux éditions sont parues en 1999, reporte les activités de l'ASPQ dans ce dossier.

Depuis septembre, deux principales activités ont été entreprises. Tout d'abord, les préparatifs pour la tenue de la 5^e Journée Annuelle de Périnatalité, intitulée *En l'an 2000, branchés sur les nouvelles familles québécoises*, qui aura lieu du 5 au 9 juin prochains et au cours de l'automne 2000. Une douzaine de régions tiendront une JAP cette année, soit trois de plus qu'en 1998. Dans la dernière livraison du *Périscoop*, que vous avez sûrement déjà reçue avec la pochette, il en est question.

À ce travail de début de préparation des colloques régionaux, il y a eu la production d'un document d'accompagnement de la JAP 2000 intitulé *La périnatalité au Québec depuis vingt ans*. En fait, le comité national de périnatalité, piloté par l'ASPQ, avait pris la décision de produire un document qui ferait une sorte de bilan des vingt dernières années en périnatalité au Québec. Ce bilan avait pour but, entre autres, d'alimenter les comités régionaux de la JAP pour la production de leur programme du colloque. Rédigé par Lysane Grégoire et Mireille Bouffard du groupe M.A.M.A.M., cet ouvrage d'environ quatre-vingt pages est composé d'une revue de la littérature sur diverses thématiques et d'une série d'entrevues auprès de mères et de pères.

Depuis le mois de janvier, un comité restreint travaille à la dernière phase du document accom-

Benoit Sévigny
Permanence de l'ASPQ

pagnement, à la lumière des commentaires des comités régionaux. Cette dernière phase de production comprendra également un éditorial de l'ASPQ sur le bilan de la périnatalité au Québec depuis le dépôt de la Politique de périnatalité en 1983.

La sortie du document est prévue pour la première semaine de juin, soit au cours des activités de la JAP 2000.

LIVRE SUR LE CAPITAL SOCIAL ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Tout au long de l'année 1999, nous nous sommes affairés à la production du livre *Capital social, développement communautaire et santé publique*. Avec un manuscrit fin prêt, l'ASPQ a pris la décision de se charger de l'ensemble des opérations d'édition et de distribution, plutôt que de passer par une maison d'édition. De cette façon, l'ASPQ possède un meilleur contrôle sur son produit et perçoit la totalité des revenus.

Suite au livre, un article, intitulé *Le capital social et l'amélioration de la santé et du bien-être des populations* et rédigé par les trois auteurs de l'ouvrage, est paru dans la dernière livraison de la Revue canadienne de santé publique. De plus, dans le cadre du colloque international *Développer la société civile par l'action communautaire*, qui aura lieu du 11 au 16 juin prochain, un atelier sur la question sera donné par Jean-Pierre Bélanger et Benoit Sévigny, auteurs de livre, de même que par Julie Lévesque du RQVVS..

Au delà de ces activités, avec cet ouvrage, c'est son créneau sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être que l'ASPQ développe en santé publique. Et c'est dans cette perspective qu'elle est en train de préparer un colloque de formation intitulé provisoirement *La promotion de la santé et du bien-être pour de nouvelles réalités sociales*.



COLLOQUE : LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE POUR DE NOUVELLES RÉALITÉS SOCIALES

Nous en parlons dans la dernière édition du *Bulletin de santé publique* (Vol. 20, nos 2 & 3). Depuis, les choses évoluent et se précisent. Nous vous invitons à lire l'article à la page 23 sur ce sujet.

CONTRÔLE DES ARMES À FEU

Reportée à quelques reprises, c'est finalement le 22 février dernier que l'ASPQ livrait sa représentation en se faisant entendre devant la Cour suprême du Canada dans le cadre du renvoi constitutionnel de la Loi sur les armes. La veille des audiences, l'ASPQ avait envoyé un communiqué de presse que nous reproduisons dans ce Bulletin à la page 18, suivi des notes de plaidoirie. Nous connaissons le verdict de la Cour suprême que dans quelques mois.

ÉTHIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

Organiser un colloque est une chose, produire les Actes de ce colloque en est une autre. Mais enfin, tout est bien qui finit bien. Tout juste avant que le siècle ne se termine, nous avons sorti 300 exemplaires des Actes du colloque sur les enjeux éthiques en santé publique. Comme nous l'avons fait avec le livre sur le capital social, l'ASPQ a assumé toutes les opérations de production. Tous ceux et toutes celles qui ont rempli leur fiche d'évaluation lors de ce colloque ont reçu gratuitement une copie des Actes.

Dans ces Actes, tous les textes de conférences y paraissent. Il s'agit d'un très bon mélange de discours théoriques et de discours plus pragmatiques de conférenciers ayant une expérience sur le terrain.

Il va sans dire que le contenu de ces textes suscitent la réflexion. Et puisqu'il s'agit d'un contenu qui n'est pas réductible qu'à ce qui se passe à l'intérieur des frontières québécoises, il nous apparaît opportun d'en faire profiter au plus grand nombre possible de personnes qui s'intéressent à ce genre de question. Nous regardons la possibilité d'un partenariat avec un autre

organisme (qui pourrait être l'Association canadienne de santé publique) afin de faire traduire les Actes en anglais. D'ailleurs, certains membres nous ont suggéré l'idée. Des démarches sont actuellement entreprises.

SITE INTERNET

En collaboration avec le RÉFIPS, l'ASPQ est en train de regarder les possibilités d'obtenir du financement afin d'embaucher un contractuel pour effectuer les mises à jour des deux sites internet, mais aussi leur développement. À l'heure actuelle, compte tenu des ressources restreintes, l'ASPQ n'effectue que des mises à jour de son contenu sans pouvoir vraiment développer le site afin qu'il deviennent un lieu d'échanges pour les membres.

En l'an 2000, ce projet devient davantage prioritaire. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle nous avons récemment demandé à tous les membres de nous fournir leurs champs d'intérêt et leur adresse électronique. À tous ceux et toutes celles qui ont répondu à notre demande, nous vous remercions. À tous ceux et toutes celles qui répondront sous peu, merci à l'avance!

SANTÉ DES FEMMES

Il y a déjà un petit bout de temps que nous vous annonçons la parution d'un ouvrage sur le poids et l'image corporelle. Ça s'en vient! D'ailleurs, d'autres partenaires se sont ajoutés à ce projet. Nous en sommes à la dernière version, après quoi, le manuscrit passera les étapes de l'édition.

LE GTPPP

Qu'est-ce que le GTPPP ? Il s'agit du Groupe de Travail Provincial sur la Problématique du Poids. Ce groupe de travail fait suite aux divers projets que l'ASPQ a menés dans le cadre de son dossier Santé des femmes. Toutefois, ce groupe n'est pas axé strictement sur la santé des femmes car il traite de la problématique du poids et de l'image corporelle, tous sexes confondus.

L'objectif de ce groupe de travail est de deux ordres : d'une part, il s'agit de mettre sur pied

une stratégie nationale sur la problématique du poids et, d'autre part, de faire inscrire cette problématique dans l'éventuel programme de santé publique. Tout en focalisant sur la question de l'obésité et de l'excès de poids au sein de la population québécoise, le GTPPP veut également axer sa stratégie sur le problème de l'obsession de la minceur qu'ont de plus en plus personnes. Par exemple, la très grande majorité des femmes ayant un poids santé souhaiteraient perdre du poids. Il y a là matière à réflexion et matière à passer à l'action!

Jusqu'à maintenant, un comité de travail restreint, composé de Lyne Mongeau, porteuse du dossier à l'ASPQ, Marie-Paule Leblanc de la DSP de la Montérégie, Paule Masson de la DSP de Montréal-Centre et Benoit Sévigny de l'ASPQ, s'est réuni à cinq reprises jusqu'à maintenant afin de réfléchir quant aux orientations à donner à l'éventuel groupe de travail.

L'étape en cours est la constitution du groupe de travail. Divers experts de milieux différents ont été invités à se joindre à une première rencontre du comité de travail qui aura lieu au mois de mai. Les travaux du groupe se poursuivront jusqu'en 2001.

ÉCOLES-MILIEUX EN SANTÉ

Au cours des derniers mois, des discussions ont eu lieu au sein du comité MSSS/MEQ relativement au concept d'École en santé. L'ASPQ attendait les résultats de ces discussions afin de voir quel rôle elle jouerait dans ce dossier. Afin d'éviter tout dédoublement d'activité, l'ASPQ a mis en attente son projet sur le concept *Écoles-milieus en santé*, soit la constitution d'un groupe de travail sur la problématique. À la lumière des résultats de ces discussions, il semblerait que l'orientation que veut donner le comité du MSSS/MEQ au concept diffère de celle que veut promouvoir l'ASPQ qui est plus axée sur l'approche communautaire. C'est pourquoi, lors de sa réunion du 13 décembre dernier, le bureau de direction a donné son appui à la responsable du projet, Adèle Jomphe-Hill, d'aller de l'avant en constituant un groupe de travail.

C'est donc au cours des prochains mois qu'il y aura mise sur pied d'un groupe de travail. Jusqu'à maintenant, un comité a été constitué, composé de Adèle Jomphe-Hill, porteuse du dossier à l'ASPQ, Marthe Deschesnes, DSP Outaouais, Lyne Arcand, DSP Laval, Julie Lévesque, RQVVS, Richard Paquin, DSP Laurentides et Benoit Sévigny, ASPQ.

A la page 14, nous reproduisons un article produit par ce comité de l'ASPQ, envoyé aux médias écrits, sur la problématique de *Écoles-milieus en santé*, en regard du Sommet du Québec et de la jeunesse tenu en février dernier.

PRISES DE POSITION

Au cours de la rencontre du bureau de direction du 13 décembre dernier, les membres présents ont signifié leur préoccupation face à certaines questions d'actualité qui pourraient avoir une incidence négative sur la santé de la population. Lors de la rencontre, trois thématiques ont été soulevées, soit celle de la privatisation des soins de santé ; celle des surplus budgétaires ; et celle des aliments génétiquement modifiés. Or, bien que préoccupés, les membres du bureau de direction se sont interrogés sur la façon de produire une position de santé publique. Certaines questions demandent le point de vue d'experts en la matière. C'est pourquoi, deux activités sont prévues à l'horaire.

La privatisation des soins de santé

Dans le cadre d'une rencontre qui a eu lieu le 9 mars dernier, certains membres du bureau de direction de l'ASPQ ont rencontré monsieur André-Pierre Contandriopoulos, professeur à l'Université de Montréal et membre de l'ASPQ. À titre d'expert, monsieur Contandriopoulos a été invité à venir exposer l'ensemble de la problématique de la privatisation des soins de santé aux membres du bureau de direction. La rencontre a été stimulante et enrichissante.

Cette rencontre constitue l'amorce d'une réflexion sur le sujet. L'ASPQ a l'intention de développer une sorte de plate-forme sur la question, afin d'intervenir dans le débat public.

Les surplus budgétaires des gouvernements

Quelques membres du bureau de direction sont en train de réfléchir sur la question des surplus budgétaires des gouvernements fédéral et provincial. Une part des ces surplus budgétaires vont vraisemblablement prendre la forme d'une réduction de l'impôt des particuliers. La préoccupation de l'ASPQ se situe sur la façon que les gouvernements s'y prendront, notamment en regard d'un risque d'agrandir les inégalités socio-économiques dans la population. Inégalités socio-économiques qui risquent d'entraîner des inégalités sociales à l'égard de la santé et du bien-être. L'ASPQ prépare un texte sur la question.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE FRANCOPHONE SUR LE CONTRÔLE DU TABAC

Depuis plusieurs années, l'ASPQ est impliquée dans la lutte au tabac, notamment via la *Coalition québécoise pour le contrôle du tabac*. Le bureau de direction a donné son aval à l'amorce des travaux pour la mise sur pied d'une conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac.

Cet événement aurait lieu à l'automne 2001 voire peut-être au printemps 2002. Nous vous invitons à lire la page 24 du présent bulletin.

AUTRES ACTIVITÉS

En 1999, diverses autres activités ont occupé le bureau de direction et la permanence. Entre autres, leur implication dans la consultation faite par la Direction générale de la santé publique relativement au document *À l'aube de l'an 2000 : enjeux et actions structurantes de santé publique* ; ou leurs activités de représentation, telles que la participation de Renald Bujold au sein du bureau de direction de l'Association canadienne de santé publique ou la rencontre de Françoise Bouchard et Benoit Sévigny avec monsieur Yvon Charbonneau, député fédéral et secrétaire parlementaire du ministre de la Santé.

NOUS AVONS LE PLAISIR
DE VOUS ANNONCER
QUE DENIS ST-AMAND,
DU MINISTÈRE DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX, ET RENAUD
DUBÉ, DU MINISTÈRE DE
LA FAMILLE, VIENNENT
DE SE JOINDRE AU
BUREAU DE DIRECTION.
MESSIEURS, BIENVENUE
AU SEIN DE L'ÉQUIPE.

RÉUNIONS DU BUREAU DE DIRECTION

Au cours de l'année 1999, les membres du bureau de direction se sont rencontrés à quatre reprises.

PARLANT DE CAPITAL SOCIAL

Récemment, deux médias écrits ont fait état de résultats d'un sondage et d'une étude qui peuvent nous faire réfléchir quant à la question du développement du capital social.

Le sondage, il s'agit de celui qui est paru dans le journal *Voir* (13 février 2000) sur les jeunes, à l'aube du Sommet du Québec et de la jeunesse. À l'une des questions posée aux jeunes entre 18-30 ans, on demandait : *Personnellement, y a-t-il une cause sociale ou politique pour laquelle vous êtes impliqué ou pour laquelle vous souhaitez vous impliquer ?* 72% des jeunes interrogés ont répondu par la négative. La cause sociale ne renvoie-t-elle pas à un engagement civique, indicateur pertinent de l'état du capital social d'un individu, d'une communauté, d'une société ?

D'autre part, le journal *La Presse* rapportait les résultats d'une étude produite aux États-Unis concernant l'utilisation de l'internet. La conclusion était la suivante : la montée de l'utilisation de l'internet fait en sorte que les gens, les internautes, se fréquentent moins, ont moins de rapports avec leur famille, leurs amis. *«Internet pourrait être le moyen ultime de l'isolement social, en réduisant notre engagement dans la communauté plus que la télévision ne l'a fait avant lui»*. Cet énoncé, tiré de l'article du journal, intitulé *«Internet nuit à la famille et à la vie sociale»*, est celui du professeur de l'université de Stanford qui a supervisé l'étude. Selon ce professeur, plus l'internaute prend de l'expérience, plus il passe de temps devant son moniteur. Cette préoccupation à l'égard de l'utilisation de l'internet ne fait pas l'unanimité puisque d'autres analystes y voient des effets bénéfiques. Comme on le rapporte, *«Les réseaux sociaux ne consistent pas seulement à avoir des gens face à face. Ils se sont déjà étendus avec la presse écrite et le téléphone»*. Le courrier électronique permet de garder le contact avec sa famille et ses amis, estime-t-on, renforçant ainsi les relations sociales.

Dans un autre langage, c'est du risque d'une baisse du capital social dont il est question. Ces résultats ne sont pas étrangers aux travaux de R. Putnam qui évoquaient l'écoute de la télévision comme facteur de diminution du capital social aux États-Unis. Cependant, le phénomène internet comprend aussi le courrier électronique et les groupes de discussion qui constituent effectivement des outils de communications, des moyens d'entrer en rapport avec autrui.

Il faudrait voir cependant le ratio de temps entre la quête d'information sur le net et l'utilisation des outils d'interaction. Des relations amoureuses ont déjà pris leur envol par le courriel ! Cependant, il y a un type de contact que l'internet ne pourra pas remplacer, soit la proximité physique, essentielle à une relation sociale, essentielle au développement du capital social.

LA PETITE HISTOIRE DE L'ASPQ

Quoi de mieux pour débiter le siècle que de faire un retour en arrière afin de constater le travail accompli. Le XX^e siècle n'est-il pas désormais entièrement passé à l'histoire ! L'ASPQ entre dans le nouveau siècle muni d'un passé riche d'expériences.

Dans le cadre de cet article, nous voulons tracer l'évolution de l'ASPQ à la fois à travers « les yeux » du Bulletin, journal d'information de l'Association, et avec les notes des procès-verbaux depuis le tout début en 1943. Témoin de l'évolution de l'ASPQ, le journal de l'ASPQ, qui empruntera plus d'un nom au cours de ses 57 ans d'existence, constitue un matériau fort pertinent pour ce genre d'exercice. Cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas d'autres documents, mais nous ne les avons pas en notre possession. Peut-être que certains membres se souviennent...

En fait, la Bibliothèque nationale du Québec possède une copie de la plupart des éditions du Bulletin depuis 1980, et une copie de certaines éditions publiées par la *Société d'hygiène et de médecine préventive de la province de Québec*, l'ancêtre de l'ASPQ, de la période 1961-1969. Ainsi, ces documents sont venus enrichir nos archives. Cependant, nous n'avons rien de la période 1943-1960, mais à la lumière des procès verbaux, nous savons qu'il existait un journal au cours de cette tranche de vie de l'ASPQ. Ces éditions ont-elles été acheminées à la Bibliothèque nationale du Québec ? Dans l'incendie qui a détruit une partie de celle-ci, est-ce que des documents de l'ASPQ, ou de son ancêtre, se sont envolés en fumée ?

Il va sans dire que ce manque d'information sur une organisation qui a été témoin de l'évolution de la santé publique depuis la seconde grande guerre est quelque peu regrettable. Quoi qu'il en soit, nous avons procédé à partir des documents que nous avons à notre disposition. Cependant, avec temps et énergie, il serait intéressant de pousser l'investigation plus loin, soit en retraçant

Benoît Sévigny
Permanence de l'ASPQ

des membres de l'ASPQ des années 60 voire des années 1950, afin qu'ils nous décrivent l'Association de jadis.

Quant aux notes des procès-verbaux, ils traitent surtout de gestion interne (recrutement de membres, bulletin, cotisation, partenariat avec l'ACSP, etc.), de la vie de l'Association. Peu d'information porte sur les dossiers de l'heure. On retrouve ces dossiers davantage dans le Bulletin de l'organisme.

Dans ce dossier spécial, la mémoire de l'ASPQ sera donc le Bulletin et les notes des procès-verbaux. Dans le présent article, nous aborderons les années 40, 50 et 60. L'autre période (1970-2000) paraîtra dans la prochaine édition, celle de l'été 2000. Si ces textes présentent une facette de l'histoire de l'ASPQ, ils tracent inéluctablement un pan de l'histoire de la santé publique au Québec. Par exemple, les thèmes des colloques ou des Journées d'étude qu'organisait l'organisme n'étaient-ils pas constitutifs des préoccupations de l'époque ? Préoccupations qui n'étaient certes pas nécessairement institutionnalisées, mais néanmoins présentes dans l'esprit d'une masse critique de professionnels de la santé publique.

Puisqu'il s'agit d'un bilan historique, nous procéderons sur une base chronologique. L'histoire commence en mai 1943, où un groupe d'hygiénistes se réunissait « dans le but d'étudier l'opportunité de jeter les bases d'une société d'hygiénistes », laquelle porterait le nom de *Société d'hygiène et de médecine préventive de la province de Québec*. Cinq personnes étaient présentes, lesquelles constitueront un comité provisoire. Comme il est écrit en toutes lettres : « Le but de la société serait de promouvoir la santé publique :

- a) en cristallisant les problèmes de l'hygiène et de la médecine préventive ;

est de promouvoir la Santé publique, et que pour ce faire, il faut que le sort des employés du ministère de la Santé soit satisfaisant au point de vue financier....» Ainsi, cette résolution, adoptée par le Conseil, sera adressée au Ministre et au sous-ministre de la Santé de l'époque. Suite à quoi, ces derniers promettent une hausse «substantielle» des salaires. Sans prétendre qu'elle ait fait pencher le ministre, il n'en demeure pas moins que la Société venait de faire ses premières armes en lobbying en santé publique.

Comme nous l'écrivions plus tôt, un des objectifs de la Société était de conscientiser «l'attention de la profession médicale sur le travail de l'hygiéniste». Est-ce dû au fait que le travail des hygiénistes n'était pas reconnu à sa juste valeur ? À cet égard, la Société défendra la profession d'hygiéniste. Par exemple, vers la fin de la décennie, le *Collège des médecins* formulait une motion de blâme en condamnant «la pratique de la médecine par les médecins-hygiénistes comme étant malhonnête, mauvaise et dangereuse». Il n'en fallait pas plus pour que la Société réagisse vivement en demandant au *Collège des médecins* de rayer cette motion de son procès-verbal. Ce qui fut fait ! D'autres différends avec le *Collège des médecins* des médecins viendront paver la voie de la Société.

Du point de vue organisationnel, la Société ne possède pas une permanence, soit un noyau d'employés faisant «rouler la boîte». Tout tient par la force du bénévolat. Cependant, son bureau, donc son adresse officielle, est la même que celle du ministère de la Santé, sis à Montréal. Enfin, on retrouve deux sous-comités greffés au Conseil exécutif, soit le sous-comité de la Formation professionnelle et le sous-comité pour le Nursing. D'autres viendront s'ajouter au cours des deux prochaines décennies.

Durant ces années et les décennies suivantes, le recrutement de nouveaux membres, leur cotisation et la survie du Bulletin seront au centre des discussions du Conseil. La première information concernant le membership apparaît en 1948, où la Société comptait environ 350 membres. L'année suivante, ce nombre chutera à 191.

Face à cette baisse drastique, l'idée d'un secrétariat permanent qui «enverrait des avis officiels à chaque membre» est envisagée. Le recrutement est intensifié notamment dans les Unités sanitaires de comté, véritables ancêtres des directions de santé publique que l'on connaît aujourd'hui, qui se sont multipliées depuis la mise sur pied de la première en 1926⁽¹⁾.

Quant à la cotisation, celle-ci devait passer de 2,00\$ à 3,00\$ par année en raison du projet d'affiliation avec l'Association canadienne d'hygiène publique (ACHP) - l'actuelle Association canadienne de santé publique. En effet, cette entente d'affiliation faisait en sorte que les membres de la Société devenaient automatiquement membres d'une section de l'ACHP. En vertu de cette entente, un dollar sur deux allait à l'ACHP. Or, cette exigence allait passer à 2,00\$. Pour s'assurer d'un minimum de revenu, la Société n'avait pas le choix de faire passer la cotisation à 3,00\$. Assez rapidement, des membres du Conseil se questionneront sur la pertinence d'envoyer les deux tiers des revenus d'adhésion, principale source financière de la Société, à l'ACHP. Cette pratique continuera d'alimenter les débats au sein du Conseil exécutif de la Société.

Dans le cas du Bulletin, l'objectif est d'en présenter quatre par année, quitte «à rémunérer les auteurs qui y présentent des travaux.» L'histoire ne dit pas si cette idée a été appliquée, mais l'idée a fait surface plus d'une fois au Conseil. Cependant, l'histoire dit que la cadence de quatre bulletins par année sera difficile à respecter. En fait, le Bulletin paraît tous les ans, mais le nombre d'éditions varie d'une année à l'autre.

En termes de thématique, une fois de plus, peu d'information existe sur le Bulletin. On souligne son souci pour la rigueur scientifique, mais ce sont plus des questions de financement et de gestion du Bulletin qui sont traitées, sauf en 1949 où on fait état d'un travail sur l'assurance-santé en Angleterre.

(1) Il faut lire l'excellent ouvrage, *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975*, produit par Georges Desrosiers (président de l'ASPQ à la fin des années 70), Benoît Gaumer et Othmar Keel.

LES ANNÉES 50

DYNAMISME ET ESSOUFFLEMENT

Les années cinquante ont été probablement la période la plus faste que l'Occident ait connu sur le plan économique. C'est le développement de l'après-guerre qui se poursuit.

Sur cette toile de fond, la Société parvient à tirer son épingle du jeu, malgré certaines difficultés en matière de ressources. Ressources financières au premier abord puisque si le nombre de membres a augmenté au début de la décennie, passant de 191 à 230, reste que la très grande majorité des membres ne sont pas en règle, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas payé leur cotisation. D'autant plus que les deux tiers de celle-ci prenaient le chemin de l'ACSP. A ce moment-là, les cotisations représentaient la principale source de revenu de la Société. Au fil de la décennie, la situation va néanmoins s'améliorer, en raison d'octrois obtenus du ministère de la Santé d'alors. De plus, des tentatives de recrutement seront faites, dont l'envoi de 2 000 lettres personnalisées, mais seront vaines. À la fin de la décennie, le nombre de membres sera sensiblement le même qu'en 1950, soit environ 200.

Outre le travail de recrutement qui est constamment à l'ordre du jour, les deux principales activités tournent autour de la production du Bulletin et de la tenue de Journées d'étude et de congrès régionaux. Au début de la décennie, une fois de plus, la régularité de parution du journal de la Société est déficiente. Face à ce problème, il a été proposé de tenir un bulletin miméographié. Avec cette nouvelle formule, la parution prendra un cadence régulière d'un par trimestre voire même à chaque deux mois. Compte tenu du fait que le Bulletin représente la principale dépense de la Société, on cherchera à le faire financer par le ministère de la Santé en faisant «valoir entre autres arguments que le bulletin de la Société, par ses articles scientifiques, sert de moyen de perfectionnement professionnel.» Le ministère répondra à l'appel.

Quant aux Journées d'étude, elles sont organisées dans le cadre du congrès de l'Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC). De quoi est-il question lors des Journées d'étude de 1951 ? On y traite de nursing, tant à l'hôpital qu'à domicile, de maladies contagieuses, de dépistage, de nutrition et du contrôle bactériologique et chimique du lait, etc. L'expérience de 1951 sera suffisamment concluante pour que le comité organisateur de l'AMLFC réinvite la Société à poursuivre ce genre d'activité. De plus, à cette activité s'ajoute celle des congrès régionaux tenus dans quelques régions du Québec à partir de 1953.

Au cours de cette décennie, la Société a pris des positions et résolutions notamment sur la fluoration de l'eau potable, la vaccination contre la poliomyélite et l'échelle des salaires minimums et des qualifications du personnel des services de santé adopté par l'Association canadienne de santé publique. Elle présente aussi un mémoire, rédigé par le sous-comité de la formation professionnelle de la Société, relativement à la situation de la profession d'hygiéniste et à



l'amélioration des services de santé.

Au cour de cette décennie, Marc Bergeron (1948-1951), C.W. McMillan (1951-1952), C.-O. Pomerleau (1952-1969) présideront aux destinées de la Société.

Enfin, afin de reconnaître l'apport de certaines personnes, tant en regard de la Société que du réseau de la santé, le Conseil décida de nommer des membres honoraires. De plus, elle nommera le ministre de la Santé d'alors, M. A. Paquette, Patron de la Société. Mais malgré ces nominations, plus la décennie avance, plus le temps entre chaque réunion s'étire. Dans la second partie de la décennie, peu de réunions et peu d'activités auront lieu, du moins à la lumière de nos archives.

LES ANNÉES 60

UN BESOIN D'AUTONOMIE

Pour cette décennie, nos archives sont beaucoup plus riches avec plusieurs éditions du Bulletin de la Société d'hygiène et de médecine préventive de la province de Québec. Là commence le regard par «les yeux» du Bulletin.

Le principal organe d'information de la Société connaîtra des difficultés en termes de sollicitation d'articles à teneur scientifique. A plusieurs reprises, la production sera retardée. Toutefois, le Bulletin paraîtra tout au long de la décennie.

Principalement, dans le Bulletin, on retrouve des articles scientifiques. À la lumière des titres d'article (56), les thématiques sont à la mesure de la nature de la Société et de l'époque, soit sa préoccupation pour l'hygiène. Il sera question, entre autres, d'infections aviaires, de charbon bactérien, de poliomyélite, de rougeole, de colibacilles pathogènes, de l'hépatite infectieuse, de tuberculose, de syphilis, etc. La pratique en sera fidèle puisqu'il est question d'immunisation, de vaccination et du rôle de l'hygiéniste, de l'infirmière, du travailleur social, du vétérinaire, de l'inspecteur sanitaire, etc. Somme toute, l'accent est surtout mis sur la maladie (15/56), la pratique et les services (16/56) et les acteurs (7/56) pour la combattre (7/56). De plus, certains articles (7/56) portent sur la prévention et la formation.

Enfin, ajoutons que très peu d'information touche la Société en tant que telle dans le Bulletin, outre le programme de certaines Journées d'étude ou congrès régionaux qu'elle organise et un bilan financier annuel.

Au début de cette décennie, il y aura une tentative de recrutement de nouveaux membres auprès des infirmières. En fait, en 1962, on compte 240 membres en règle. Cependant, un des problèmes qui se posera en sera un d'équité entre les membres, à savoir que le ministère de la Santé paye la contribution de ses employés membres de la Société, tandis que les membres qui ne sont pas rattachés au ministère doivent déboursier d'eux-mêmes. Diverses avenues sont proposées dans les réunions du Conseil afin d'accroître le nombre de membres, mais peu d'actions sont entreprises.

Sur le plan du financement, tout au long de la décennie, le ministère de la Santé contribuera au maintien de la Société en octroyant une somme annuelle passant de 1 500\$ en 1960 à 2 000\$ en 1969. Malgré ces fonds, la Société vit un problème de ressources financières car, comme nous l'évoquions précédemment, la très grande part des cotisations des membres prend le chemin d'Ottawa, contribuant à grossir les goussets de l'ACSP. Cette façon de faire sera à maintes reprises remise en question. D'ailleurs, à la lecture du contenu des notes des procès-verbaux, on sent cette volonté d'acquiescer une certaine indépendance à divers niveaux. N'est-ce pas justement la décennie de la Révolution tranquille! La Société d'hygiène fait effectivement partie de la société québécoise en pleine effervescence.

Outre l'idée que la Société veuille se distinguer de l'ACSP en termes de cotisation, on retrouve cette recherche d'autonomie dans l'organisation des Journées d'étude. En effet, au cours des années soixante, la Société continuera à présenter ses Journées d'étude dans le cadre du congrès annuel de l'AMLFC. Toutefois, en 1968, le bureau de direction proposera que ces Journées soient tenues hors du cadre de l'AMLFC afin d'assurer une meilleure visibilité à la Société. De plus, cette même année sera

votée une motion en regard de la mise sur pied d'un congrès annuel de la Société.

Sur le plan organisationnel, la Société arrive vers la fin de la décennie à un tournant de son évolution. Afin d'assurer un certain suivi en termes de gestion financière et de projets, la Société a grand besoin de constituer un secrétariat permanent. Il s'agit d'un objectif à atteindre, écrit-on, «pour la survie et l'épanouissement de la Société». Des problèmes de ressources financières retarderont ce projet jusqu'en 1969 où on passera à l'action. Un secrétariat permanent, mais à temps partiel, sera créé.

Au cours de cette décennie, deux nouvelles sections seront créées, soit celle d'Officiers médicaux et celle d'Inspecteurs de santé, s'ajoutant ainsi à celles de Dentistes hygiénistes, créée dans les années 50, et de Nursing. Chacune des sections présentera d'ailleurs un mémoire en 1968 dans le cadre de la Commission d'enquête sur les services de santé présidée par Claude Castonguay.

Outre ces activités, la Société aura divers projets, certains menés à terme, d'autres non. Retenons notamment celui présenté à la réunion du 11 mars 1965, soit un «projet d'étude complète sur l'histoire de l'hygiène et de la médecine préventive de la province de Québec.»

Enfin, la Société terminera cette décennie avec une rencontre en décembre où le nouveau président, Dr Roussel, désire donner une nouvelle orientation à la Société. Pour ce faire, on propose de changer le nom de l'organisme et de devenir la *Société de santé publique du Québec*. Le Dr Roussel succédait donc au poste de président en 1969, après le long règne de C.-O. Pomerleau à la tête de la Société depuis 1952.

En somme, au terme de trois décennies, la Société, née dans l'esprit de quelques personnes, aura reçu ses lettres de noblesse. Malgré ses ressources financières limitées, elle aura fait sa place dans le champ de la santé publique en acquérant une certaine reconnaissance qui continuera à s'affirmer par la suite.

Les présidents et présidentes de l'ASPO

Jean Grégoire (1943)

Albert Dumas (1947-1949)

Marc Bergeron (1949-1951)

C.W. McMillan (1951-1952)

C.-O. Pomerleau (1952-1969)

Jacques Roussel (1969-1970)

Inconnu (1970-1974)

Olivette Gareau (1974-1977)

Georges Desrosiers (1977-1978)

Michel Vézina (1978-1982)

René Laverdière (1982-1983)

Yves Tremblay (1983-1985)

Pierre Duplessis (1985-1986)

Jean-Pierre Bélanger (1986-1990)

Lise Langevin (1990, 1991)

Jean-Pierre Bélanger (1991-1994)

Françoise Bouchard (1994-1999)

Renald Bujold (1999-)

SUR LE POINT D'INTERVENIR EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE AU QUÉBEC ?

Depuis une dizaine d'années, l'insécurité alimentaire des ménages n'a vraiment fait l'objet d'aucun débat au sein de l'Association de santé publique. Pourtant, il s'agit d'un phénomène social douloureux dont la prévention met au défi la mise en oeuvre même de nouvelles pratiques en santé publique et commande la plaidoirie (advocacy) et l'action politique. Voici donc, pour le bénéfice des membres de l'Association, quelques réflexions sur le sujet¹ incluant une description sommaire du phénomène au Québec, une synthèse du lien insécurité alimentaire-pauvreté, un survol de la correspondance entre le problème et les interventions actuelles, et les attributs recherchés d'un cadre d'action en la matière.

Deux grandes catégories de manifestations rendent compte du phénomène d'insécurité alimentaire des ménages² : 1) les caractéristiques fondamentales associées au manque d'aliments et au manque de contrôle des ménages sur leur situation alimentaire et 2) un ensemble de réactions potentielles, d'ordres socio-familial, physique (incluant la faim) et psychologique. L'expérience est dynamique sous plusieurs rapports et s'inscrirait dans un continuum insécurité-sécurité alimentaire. La vulnérabilité des ménages serait fonction à la fois de leur exposition à un ensemble de risques, dont le faible revenu, et de leur capacité d'y faire face.

Le lien pauvreté-insécurité alimentaire peut s'examiner sous bien des angles, entre autres celui des relations entre le revenu et l'insuffisance alimentaire, le revenu et le risque nutritionnel, le revenu et le coût d'un régime nutritif de base, et celui du contexte social et culturel de l'insécurité alimentaire et de la pauvreté. L'examen préliminaire de ces liens, tels qu'ils ressortent de travaux effectués aux États-Unis³⁻⁶, au Canada⁷⁻¹⁰, au Québec² et aussi en Inde¹¹, mène aux constats suivants: 1) il semble y avoir

Anne-Marie Hamelin, Ph.D.
Université de Moncton
Membre de l'ASPO

une discrimination négative quasi systématique envers les plus pauvres quant à l'accès aux aliments; 2) la pauvreté, telle que mesurée par le revenu annuel, ne semble pouvoir expliquer à elle-seule l'insuffisance alimentaire menant à la faim. Il y aurait donc des facteurs en périphérie de la question économique; 3) le contrôle des ressources par les ménages apparaît central dans l'explication de l'insécurité alimentaire; 4) les ménages frappés par la pauvreté sont influencés aussi bien par les valeurs culturelles dominantes (besoins sociaux) que les exigences financières et la satisfaction de leurs besoins métaboliques et psychologiques. En ce sens, l'insécurité alimentaire doit être comprise en relation avec le standard de vie et d'alimentation de la société environnante.

Le besoin d'intervenir efficacement se fait pressant. L'étude de la correspondance entre la nature du problème et les interventions dominantes actuelles (aide alimentaire surtout) laisse supposer que ces dernières sont nettement insuffisantes pour éliminer les conditions de risque et espérer un changement à long terme dans la situation de sécurité alimentaire des ménages au Québec. En même temps, elle fournit l'explication à savoir pourquoi l'aide alimentaire, théoriquement temporaire dans la vie des ménages, perdure. Il apparaît peu probable de renverser l'insécurité alimentaire (et le processus concomitant d'institutionnalisation de l'aide alimentaire) tant qu'on ne tendra pas vers un équilibre équitable dans la production et la distribution des aliments et de la richesse en général et que des interventions orientées spécifiquement vers les conditions de risque structurelles et contextuelles à l'insécurité alimentaire

(Suite à la page 22)



Sommet du Québec et de la jeunesse

ÉCOLES EN SANTÉ : UNE AVENUE PROMETTEUSE POUR AMÉLIORER LE BIEN-ÊTRE ET LA SANTÉ DES JEUNES

Dans le cadre de la préparation du Sommet du Québec et de la jeunesse, le rôle des écoles a été abordée dans les travaux des Chantiers Promouvoir une société équitable et Parfaire le savoir et la formation. Ces chantiers ont notamment discuté des liens entre l'école, la famille et la communauté. S'inspirant de certains travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), dont la mission première est la promotion de la santé et du bien-être de la population québécoise, a amorcé une réflexion sur une approche qui porte le nom de Écoles et milieux en santé. Cette approche s'inscrit dans une optique de développement communautaire où une plus grande harmonisation des diverses interventions auprès des jeunes, dans leurs différents milieux de vie incluant l'école, est activement encouragée.

Des initiatives liées à cette approche sont actuellement expérimentées de différentes manières dans plusieurs régions du Québec. Le présent article vise à présenter brièvement cette approche et à décrire quelques principes sans doute pertinents à promouvoir dans l'avenir. Soulignons également que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation ont entrepris une démarche conjointe afin de soutenir le développement d'une approche de type «Écoles-santé».

L'ÉCOLE ET SON MILIEU

La période de l'âge scolaire constitue une période importante pour l'acquisition et la consolidation des compétences et habiletés chez les enfants. Toutefois, plusieurs facteurs d'ordre individuel, social, économique et politique peuvent compromettre ces acquis et ainsi nuire à la santé et au bien-être des enfants. On constate actuelle-

Adèle Jomphe-Hill
Bureau de direction de l'ASPQ

Marthe Deschesnes
DSP Outaouais

Lyne Arcand
DSP Laval

Julie Lévesque
RQVVS

Richard Paquin
DSP Laurentides

Benoit Sévigny
ASPQ

ment par ailleurs que plusieurs programmes visant à réduire les problèmes chez les jeunes sont souvent cloisonnés, très peu coordonnés et mal intégrés à l'ensemble des activités qui leurs sont destinées (MSSS, 1997; 1998). La distance qui s'est créée entre certaines écoles et les familles, ou entre l'école et la communauté, ne favorise ni le soutien nécessaire aux apprentissages, ni le développement optimal des jeunes. De plus, la fragmentation des services apparaît de plus en plus inadéquate pour gérer des situations complexes découlant de la combinaison de facteurs de divers ordres (familial, social, etc.). Dans ce contexte, une meilleure complémentarité et harmonisation des actions en promotion de la santé et en prévention de la maladie s'impose de manière à faire échec au dédoublement et à la discontinuité des actions et des programmes.

Ce constat ne se limite pas aux frontières du Québec. Il a été soulevé dans plusieurs pays du monde. Une approche globale en promotion de la santé scolaire (« Health promoting school ») a été proposée par l'OMS afin de mieux répondre aux besoins des enfants. Les promoteurs de certaines de ces initiatives se sont regroupés en réseau (réseaux européen, australien, canadien) de façon à partager leurs expériences et

influencer les politiques et les pratiques sociales en ce sens. Ainsi, les écoles participantes au Réseau européen «Écoles-santé» adoptent une démarche intégrée et globale qui situe la promotion de la santé dans les priorités de leur établissement. Cette démarche implique également une gestion appropriée qui se traduit à tous les niveaux, tant dans le programme des cours, que dans la gestion de l'école et de son environnement.

L'approche proposée par le Réseau européen se caractérise par trois dimensions. Premièrement, les écoles intègrent de multiples stratégies d'interventions permettant aux enfants d'acquérir les valeurs, les connaissances, les attitudes, les comportements et les compétences sociales nécessaires à leur développement. Des programmes et des pratiques favorisant la socialisation et la santé sont intégrés dans l'ensemble de la vie scolaire. Deuxièmement, elles offrent un environnement scolaire sûr et favorable à la santé, basé sur des valeurs d'entraide, de respect et de confiance où chacun peut vivre, travailler, apprendre et s'épanouir. Troisièmement, les écoles obtiennent ce résultat en mettant en place des partenariats mobilisateurs avec les enseignants, les parents, les élèves et l'ensemble de la communauté, pour que tous coopèrent afin d'assurer l'intégration et l'harmonisation des actions permettant l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants.

LES DIX PRINCIPES D'ÉCOLES-SANTÉ

Lors d'une conférence qui s'est tenue en Grèce en 1997, le Réseau européen adoptait une résolution proposant dix principes sur lesquels repose le concept d'Écoles-santé :

1. La démocratie : l'école-santé repose sur des principes démocratiques propices à l'apprentissage, à l'épanouissement personnel et social, et à la santé.
2. L'équité : l'école-santé vise le développement affectif et social de chaque jeune, en lui permettant de réaliser pleinement son potentiel en l'absence de toute discrimination.
3. La capacité d'action : l'école-santé est un cadre dans lequel les élèves peuvent participer

aux décisions qui les concernent et, avec le concours de leurs enseignants et d'autres personnes, faire les choix qui leur conviennent en ayant le sentiment d'accomplir quelque chose de valable. L'attribution aux jeunes de moyens d'agir, liée à leur réalité quotidienne, leur permet d'influencer leurs conditions de vie et, par conséquent, certaines habitudes de vie, telles que le tabagisme, la sédentarité, etc.

4. L'environnement de l'école : l'école-santé met l'accent sur les environnements physique et social de l'école, puisqu'ils constituent des facteurs majeurs de promotion et de maintien de la santé. Ces environnements deviennent des ressources essentielles pour soutenir les jeunes dans leur développement.

5. Le programme des cours : le programme des cours doit être adapté aux besoins des jeunes, stimuler leur créativité, les encourager à apprendre et leur permettre de se doter des aptitudes nécessaires pour l'apprentissage.

6. La formation des enseignants : la formation des enseignants est un investissement non seulement dans l'éducation, mais également dans la santé. Des mesures doivent être prises pour soutenir la formation initiale et en cours d'emploi des enseignants, en utilisant le cadre conceptuel de l'école-santé.

7. L'évaluation du succès : l'école évalue l'efficacité de ses actions dans son établissement et sur la communauté locale. La mesure du succès est un moyen de soutenir les parties intéressées en leur permettant de tirer des leçons de leurs expériences.

8. La collaboration : un partage des responsabilités et une collaboration étroite entre les ministères, en particulier ceux de l'enseignement et de la santé, sont indispensables pour la planification stratégique de l'école-santé. Ce partenariat national doit se refléter aux niveaux régional et local. Il faut définir clairement, pour toutes les parties concernées, quels sont les rôles et responsabilités de chacune et qui doit rendre compte de son action et à quelles instances.

9. La communauté locale : les parents et les

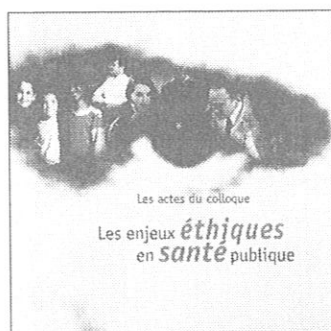
autres personnes qui interviennent auprès des jeunes ont un rôle essentiel à jouer dans l'adoption, le soutien et le renforcement de la promotion de la santé des jeunes, tant à l'école que dans la communauté.

10. La pérennité : tous les niveaux de pouvoirs publics doivent affecter des ressources à la promotion de la santé dans les écoles. Cet investissement contribuera en retour à un développement viable à plus long terme pour la communauté.

L'approche proposée par l'OMS représente

une avenue prometteuse qui met l'accent sur les déterminants de la santé des jeunes de même que sur les forces des familles et des communautés pour améliorer la qualité de vie et le bien-être des jeunes. «Écoles-santé» propose ainsi un défi collectif et un engagement concerté pour l'atteinte d'un objectif de société : l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes. Le Sommet du Québec et de la jeunesse est un moment privilégié pour réfléchir collectivement sur les moyens à entreprendre ou à consolider pour répondre à cet objectif.

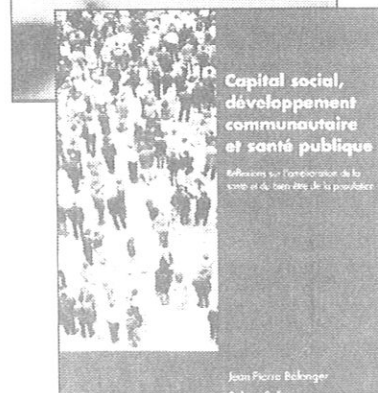
PUBLICATIONS ASPQ



LES ENJEUX ÉTHIQUES EN SANTÉ PUBLIQUE

Après une entrée en matière qui resitue la place de l'éthique en santé publique dans les sociétés postmodernes, la plupart des conférences portent sur l'analyse des contributions et des limites des principes d'autonomie de l'individu, de justice sociale, de bienfaisance et de non-malfaisance, à l'analyse et à la résolution des dilemmes éthiques liés à divers champs d'intervention. La réflexion est alimentée par la présentation de résultats découlant de la recherche portant sur les Enjeux éthiques en santé publique à laquelle ont collaboré, dans le cadre de focus groups, plus de 150 professionnels des directions de santé publique du Québec. Ces conférences devraient stimuler les débats autour d'un éventuel cadre de référence qui baliserait les décisions à portée éthique en santé publique.

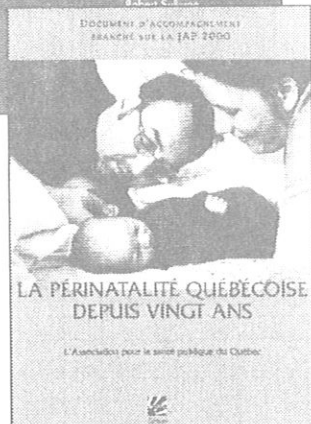
ASPQ Éditions, 2000, 198 pages.



CAPITAL SOCIAL, DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE ET SANTÉ PUBLIQUE

Le concept de capital social, qui constitue le lien entre le gradient socio-économique et la santé, ouvre de nouvelles pistes d'intervention en matière de santé publique. Le capital social réfère le plus souvent à des éléments tels : la qualité et la densité du réseau de relations sociales, l'estime de soi positive, le sentiment d'exercer un certain contrôle sur son environnement, le sentiment de confiance en autrui et la capacité de résilience des personnes et des groupes. Bref, des éléments sur lesquels il est possible d'agir par des projets locaux de développement communautaire, c'est-à-dire un niveau d'action où les intervenants de la santé publique peuvent intervenir pour mettre en place des projets, les supporter, les évaluer.

ASPQ Éditions, 2000, 228 pages.



LA PÉRINATALITÉ QUÉBÉCOISE DEPUIS VINGT ANS

Voici un aperçu des thèmes abordés dans ce document d'accompagnement de la JAP 2000. ASPQ Éditions, 2000, 90 pages (à paraître juin 2000).

Le point de vue de la recherche et données objectives

- Le Québec périnatal en chiffres
- Insuffisance de poids à la naissance, la prématurité et la mortalité
- Les interventions obstétricales
- Évolution des pratiques en centre hospitalier
- Durée de l'hospitalisation
- Tour d'horizon des rencontres prénatales
- La sage-femme : la nouveau-née du réseau
- L'évolution de la place du père
- La grossesse à l'adolescence : une problématique qui confronte
- Une léthargie de l'allaitement : qu'est-ce qu'on attend pour réagir ?

Le point de vue des parents et leurs besoins

- Satisfaction garantie ou besoin remis
- Les besoins à la carte
- Des parents nous offrent une tranche de leur vie
- Famille suivie par un médecin généraliste
- 2 dans 1 Une famille recomposée
- Mère et père à la fois ! Famille monoparentale
- Un rêve brisé ? Naissance d'un enfant handicapé
- Ce qu'on ne dit pas ! Mère et bébé victimes de violence conjugale
- Famille avec suivi sage-femme
- En gros, les parents...

Le Conseil de recherche en sciences humaines POUR UNE HAUSSE DES BUDGETS EN RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES

En janvier dernier, l'ASPQ recevait un message de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) relativement à la question du budget du Conseil de recherche en sciences humaines, présidé par Marc Renaud. L'ACSP demandait à ses partenaires d'intervenir auprès de la classe politique fédérale afin de faire valoir l'importance d'accroître le budget du CRSH. Voici une copie

de la lettre, rédigée par Renald Bujold et Jean-Pierre Bélanger respectivement président et trésorier de l'ASPQ, qui a été envoyée au premier ministre Jean Chrétien, aux ministres Paul Martin et John Manley, de même qu'aux députés Yvon Charbonneau et Gilbert Normand.

Juste avant d'aller sous presses, nous recevions ce mot du CRSH qui était adressé à tous les organismes ayant adressé une lettre aux décideurs politiques. « Vos efforts en vue de convaincre les décideurs politiques d'investir davantage dans la recherche en sciences humaines ont eu un impact certain et sans votre contribution, nous n'aurions probablement pas été en mesure de conserver notre position au rang des priorités budgétaires du gouvernement. (...) Le gouvernement fédéral a décidé d'ajouter 10 millions de dollars au budget annuel du CRSH. (...) De plus, il semble que le gouvernement soit ouvert à l'idée d'investir de nouvelles sommes au cours des prochaines années.



Association pour la
Santé
Publique du
Québec

Montréal, le mardi 1er février 2000

Objet : lettre d'appui au CRSH

Le Très Honorable Jean Chrétien
Premier ministre du Canada
Chambre des Communes, Pièce 309-S
Édifice du Centre
Ottawa (Ontario) K1A 0A6

Monsieur le Premier Ministre,

Permettez-moi en tant que président de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) de venir appuyer fortement la demande du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) de voir son budget doubler sur une période de trois ans.

L'ASPQ est une association autonome et sans but lucratif de santé publique vouée à la promotion et à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes et des communautés au Québec. Ses membres, tant individuels qu'institutionnels, proviennent d'horizons multiples : santé, sciences sociales, universités, milieux communautaires, etc.

Le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada est le principal chef de file de la recherche sociale au Canada et dans certaines provinces son unique source de financement. Depuis quelques années, il a trouvé un second souffle qu'il faut entretenir, sous peine de voir s'étioler à nouveau.

Or, à l'ASPQ nous sommes de plus en plus convaincus de l'importance de la contribution de la recherche à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes et des communautés. C'est en effet en fier, et avec raison, de ses réalisations passées en matière de santé et de qualité de vie de sa population. Il faut non seulement préserver ces acquis, mais continuer d'être un leader national dans ce domaine. À cet effet, la recherche sur les déterminants sociaux de la santé nous apparaît primordiale. C'est en effet le lien entre les relations entre les conditions socio-économiques et la santé des personnes et le support social et le capital social sur lesquels les personnes peuvent compter étaient 5 fois plus efficaces que les interventions médicales spécialisées pour empêcher la mortalité due à certaines maladies comme notamment les décès par crises cardiaques.

Nous n'en sommes qu'au début d'un processus révolutionnaire de développement des connaissances dans ce domaine. Déjà le Forum national sur la santé en avait planté les premiers jalons. Mais il faut aller beaucoup plus loin dans cette direction. Et le CRSH peut jouer un rôle déterminant à cet égard.

Nous croyons que la demande du CRSH de voir son budget doublé au cours des trois prochaines années est raisonnable et réaliste. Raisonnable, parce que depuis sa fondation en 1978, le CRSH a été sous-financé par rapport aux autres conseils de recherche canadiens, ne recevant que 12 % des fonds alloués, alors que sa clientèle de base est constituée par 55 % de tous les professeurs et étudiants gradués des universités canadiennes. Un rattrapage est nécessaire. L'octroi d'un budget additionnel de 22,5 millions en 1998-1999 était un pas dans la bonne direction, mais il faut faire plus. Nous croyons aussi que cette demande est réaliste compte tenu de la santé actuelle des finances publiques et de la priorité accordée par votre gouvernement à l'utilisation des surplus budgétaires pour investir dans la santé et la qualité de vie des Canadiens et des Canadiennes. En raison des enjeux en cause et de leur signification pour l'avenir de la société canadienne, nous ne pouvons qu'appuyer à 100% la demande formulée par le CRSH.

Nous vous prions, monsieur le premier ministre, d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Renald Bujold
Renald Bujold, m.d.
Président

890, Rue E. Montcalm (C) TEL 354-1141 / Tél: (514) 528-5011 / Télécopieur: (514) 528-3990

L'ASPQ à la Cour suprême du Canada

UNE PREMIÈRE EN SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA

En février dernier, l'ASPQ devenait le premier organisme de santé publique au Canada à se faire entendre devant le plus haut tribunal du pays, la Cour suprême. Au delà de ce fait historique, c'est surtout la santé publique québécoise qui s'est fait entendre par la voix de l'ASPQ. Tant dans le communiqué de presse que nous reproduisons ci-dessous, envoyé aux grands médias, que dans les notes de plaidoirie à la page suivante, on retrouve les arguments de la santé publique à l'égard de la problématique du contrôle des armes. Cependant, tout au long du processus qui a mené l'ASPQ devant la Cour suprême, nous ne pouvons pas passer sous le

silence l'apport de personnes et d'organismes sans qui l'ASPQ n'aurait pu défendre la position de la santé publique. Principalement, qu'ils ou qu'elles soient remercié(e)s : Antoine Chapdelaine, du Centre de santé publique de Québec, Me Paul Larochelle, avocat représentant l'ASPQ, Chantal Breton de la Coalition pour le contrôle des armes, Françoise Bouchard, présidente sortante de l'ASPQ et porte-parole lors de l'événement. De plus, nous tenons à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice et le ministère de la Sécurité publique pour leur support financier.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

La prévention des traumatismes par arme à feu : une question vitale de santé publique pour le Québec

Montréal, le vendredi 18 février 2000 - Dans le cadre du renvoi constitutionnel de la Loi sur les armes, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) interviendra à la Cour suprême, la plus haute instance juridique canadienne, les 21-22 février. C'est une première dans l'histoire de la défense des intérêts de la santé publique au Canada. C'est maître Paul Larochelle de Québec qui a été chargé de faire les représentations devant la Cour suprême au nom de l'ASPQ, et qui sera le seul à plaider en français dans cette cause. L'ASPQ défendra l'importance de responsabiliser tous les propriétaires d'arme au pays par l'enregistrement universel des armes à feu et l'obligation d'obtenir des permis de possession.

Depuis plus de dix ans, l'ASPQ est particulièrement préoccupée par la problématique des armes à feu au Québec. En effet, près d'un Québécois par jour est tué par arme à feu. Il en résulte que les taux de mortalité par arme à feu sont plus élevés au Québec que dans le reste du Canada, surtout lorsqu'il s'agit de suicide. Ce sont les armes longues (les fusils et les carabines de chasse) qui font le plus de décès et de blessures par balles, autant au Québec qu'au Canada. Il a été démontré que les moyens efficaces et rentables à mettre en œuvre pour prévenir ces décès, les suicides impulsifs en particulier, sont la réduction du nombre de foyers qui ont une arme à feu et l'amélioration de l'entreposage sécuritaire. D'où l'importance de responsabiliser tous les propriétaires de ce qu'ils font de leur arme.

L'accessibilité immédiate à une arme à feu opérante constitue un facteur de risque d'homicide, d'accident et surtout de suicide. Rendre inaccessible une arme à feu à une personne suicidaire ou violente constitue une mesure légale et efficace pour réduire le risque de traumatisme. Et pour atteindre ce but, il faut responsabiliser tous les propriétaires d'arme. C'est pourquoi l'ASPQ va jusqu'en Cour suprême du Canada.

«Au delà des chiffres, soutient le docteur Françoise Bouchard, porte-parole de l'ASPQ, il y a des drames humains. Il est essentiel pour la santé publique que le gouvernement fédéral implante des mesures de contrôle comme l'enregistrement de toutes les armes ainsi que les permis de possession pour les propriétaires, et cela de façon uniforme à travers le Canada.»

Pour l'ASPQ, dont la mission est la prévention de la maladie et la promotion de la santé et du bien-être, il existe un lien entre la mise en place d'un système universel d'enregistrement et de permis de possession d'armes à feu et la responsabilisation des propriétaires d'armes à feu. D'autant plus, elle considère que la nouvelle loi constitue un équilibre raisonnable entre les usages légitimes des armes à feu et le droit inaliénable à la sécurité de l'ensemble des citoyens du pays. *«D'ailleurs, comme le souligne le docteur Françoise Bouchard, la plupart des pays industrialisés qui se sont munis d'une telle loi ont diminué les risques de mortalité par arme à feu.»*

D'après l'ASPQ, la remise en question d'une telle loi constitue une menace pour la santé, la sécurité et le bien-être de la population québécoise. *«Les drames reliés aux armes à feu qui se produisent trop souvent aux États-Unis devraient convaincre la Cour suprême qu'une telle loi est nécessaire pour la sécurité de nos communautés, de nos familles et de nos enfants»,* conclut le docteur Bouchard.

Au Québec, les sondages démontrent un véritable consensus social sur la question du contrôle des armes. D'après un sondage Angus Reid du mois de mai 1998, 90 % des Québécois et Québécoises seraient en faveur de l'enregistrement des armes. Par ailleurs, les sondages depuis 1990 révèlent que les Québécois sont particulièrement sensibles à l'utilité du contrôle des armes à feu pour prévenir les drames familiaux, la violence conjugale et les suicides chez nos jeunes. Cette sensibilité du public nous permet d'être optimiste sur l'observance de la Loi fédérale, au Québec.

L'ASPQ à la Cour suprême du Canada

NOTES DE PLAIDOIRIE

Madame la juge en chef, mesdames les juges,
messieurs les juges

Maître Paul Larochelle
Brochet Dussault Larochelle

I. INTRODUCTION

L'Association pour la santé publique du Québec, depuis plus de 10 ans, a exprimé une position de santé publique ferme sur la nécessité d'un contrôle des armes à feu, et en particulier sur l'importance de l'enregistrement universel de toutes les armes à feu et de l'obtention d'un permis de possession pour tous propriétaires d'armes à feu.

L'Association pour la santé publique du Québec appuie la position du procureur général du Canada quant à la validité constitutionnelle de la Loi sur les armes à feu car cette loi relève de la compétence du Parlement fédéral en droit criminel.

Le Parlement a-t-il agi à l'intérieur de son champ de compétence en droit criminel tel que prévu à l'article 91(27) de la Loi constitutionnelle de 1867 ?

Nous vous soumettons respectueusement que toutes et chacune des mesures que l'on retrouve à la Loi de 1995 sur les armes à feu relèvent du droit criminel car elles en ont toutes les caractéristiques véritables sans intrusion spéicieuse (colorability) dans le champ de compétence provincial en matière de propriété et de droit civil.

Confronté à une situation qui met en danger la sécurité publique, le Parlement est habilité à intervenir afin de prendre les mesures qui s'imposent pour prévenir ou prohiber ce qu'il identifie comme étant le mal.

Quel est le mal que cherche à prévenir le Parlement avec la nouvelle législation sur les armes à feu ?

Nous vous référons aux pages 3 et 4 de notre mémoire où nous énumérons diverses situations que la Loi vise à prévenir et à prohiber.

Ainsi malgré les précédentes législations sur les armes à feu, on constatait au Québec:

- Un nombre élevé de décès par arme à feu (un par jour en moyenne au Québec) ;
- Un nombre élevé de foyers québécois où l'on retrouve une ou des armes à feu, et le lien avec les mortalités par armes à feu ;
- Un entreposage trop souvent inadéquat des armes à feu ;
- Un taux de suicide élevé par arme à feu, surtout chez les jeunes vu l'accès trop facile à ces armes ;

Ces constats ne sont pas exclusifs au Québec.

Le mal que le Parlement veut prévenir est de la nature de ceux qui justifient une intervention du Parlement fondée sur sa compétence en droit criminel.

Cette intervention législative n'a qu'un seul objet: protéger la vie humaine.

Le Parlement canadien a donc jugé opportun de légiférer pour renforcer les contrôles relatifs aux armes à feu afin de les étendre à toutes les armes à feu.

Il n'appartient pas à la Cour, pour trancher la question de la constitutionnalité de la législation, de se pencher sur l'efficacité ou non de la Loi.

Cette Cour a reconnu à plusieurs reprises que la compétence en matière de droit criminel n'est pas figée dans le temps. RJR McDonald - Hydro-Québec, le Parlement est donc intervenu dans des matières qui n'étaient pas considérées comme criminelles en 1867, telles que les dangers du tabac, certaines substances toxiques et l'environnement, la conduite automobile avec facultés affaiblies, etc. Le droit criminel doit pouvoir s'ajuster aux nouvelles réalités de la société canadienne.

Nous soumettons respectueusement que le caractère véritable de la Loi se retrouve, entre autres, dans les dispositions les plus contestées par l'appelante, soit l'enregistrement des armes et l'émission des permis, et qui ont pourtant comme seul objectif une protection accrue de la sécurité publique.

Dans la détermination du caractère véritable de la Loi, il y a lieu de considérer l'existence d'un lien rationnel entre ces principales mesures et les objectifs de la Loi.

L'enregistrement de armes à feu et l'émission des permis permettent :

1. de responsabiliser chaque propriétaire d'arme à feu par l'obligation pour chacun d'obtenir un permis de possession (art. 4 de la Loi) ;
2. d'associer chaque arme à feu à un propriétaire par l'obligation d'enregistrer à son nom chaque arme à feu (art. 4 de la Loi) ;
3. d'empêcher quiconque présente un risque pour lui-même ou son entourage d'obtenir une arme à feu (processus d'admissibilité, art. 5(1) de la Loi) ;
4. de retirer la ou les armes à feu qu'il a enregistrée(s) à quiconque présente un risque pour lui-même ou son entourage.

Au surplus, les armes à feu ainsi enregistrées peuvent aisément être reliées à leurs propriétaires, ce qui est de nature à faciliter le travail d'enquête des policiers pour identifier des propriétaires peu soucieux du respect des dispositions de la Loi concernant notamment l'entreposage sécuritaire et l'obligation de dénoncer tout vol ou perte de leur arme.

A ceci s'ajoutent des sanctions pénales de nature à assurer le respect de la Loi.

2. VOICI CE QUI EST AU COEUR DE LA LOI

Voilà le caractère véritable de la Loi. Un ensemble de mesures qui renforcent le contrôle afin de protéger la vie humaine.

Quant à l'appelante, elle appuie sa position juridique sur une division très artificielle des armes à feu: soit des armes à feu dites ordinaires

et les autres, armes à autorisation restreinte et armes prohibées.

Nous vous soumettons respectueusement que cette prémisse ne trouve aucun fondement dans la Loi de 1995. S'ajoute à cette première prémisse une seconde, à savoir que les armes à feu ne sont pas intrinsèquement dangereuses, conclusion insoutenable vu que la grande majorité des décès par arme à feu surviennent avec des armes dites «ordinaires».

En conjuguant ces deux prémisses, l'appelante conclut donc que les armes à feu ne sont que des objets inanimés, sans létalité, qu'elles ne peuvent constituer un danger pour la santé ou la sécurité publique et que, par conséquent, l'obligation de détenir un permis de possession et d'enregistrer toutes les armes à feu constituent une violation de sa compétence constitutionnelle en matière de propriété et de droit civil.

Cette approche factuelle et juridique proposée par l'appelante constitue une grave erreur car elle banalise, pour ne pas dire ignore complètement, tous les décès et les traumatismes causés par les armes à feu.

Les victimes de traumatisme par arme à feu ne peuvent, elles, se diviser entre victimes ordinaires et victimes «non ordinaires» car les armes à feu sont intrinsèquement conçues pour causer la mort ou causer des lésions corporelles (art.2 C.cr.)

L'affidavit du Dr.Antoine Chapdelaine, contenu dans le volume I, exhibit B des documents déposés par la Coalition pour le contrôle des armes à feu (intervenante) à la page 15, établit:

«De toutes les méthodes utilisées pour commettre un suicide, les armes à feu sont les plus létales (qui causent la mort). Le taux de fatalité, dans les cas de tentatives de suicide par arme à feu, est de 92% alors que dans les cas où l'on n'a utilisé qu'une drogue, il n'est que de 30%.»

De plus, le Dr. Chapdelaine a constaté quant aux homicides survenant dans le cadre d'épisodes de violence conjugale que :

«La plupart des homicides impliquant des armes à feu surviennent durant un épisode

de violence familiale et le meurtrier et la victime se connaissent l'un l'autre. Dans une maison où une arme à feu est d'accès facile, une attaque a 12 fois plus de chances d'être létale, donc de causer la mort, que dans le cas d'une attaque impliquant un couteau ou tout autre type d'arme.»

On ne peut faire d'analogie entre la propriété d'un objet, tel une automobile, un outil et celle d'une arme à feu car l'automobile, l'outil ou un objet inanimé autre qu'une arme à feu n'ont par été conçus pour tuer. Ils n'ont pas un objectif de létalité, contrairement à l'arme à feu qui est conçu pour tuer ou causer des lésions corporelles, (tel que le reconnaît le législateur à l'article 2 du code criminel).

C'est avec grande justesse que la majorité de cette cour, sous la plume de juge Cory dans l'arrêt *Felawka* page 211, 1993 (4) RCS 199 conclut que :

«L'arme à feu, elle, est toujours une arme. Peu importe l'intention de la personne qui porte un fusil, l'arme à feu incarne en soi la menace suprême de mort aux yeux de ceux qui y font face.»

L'Association pour la santé publique du Québec repousse donc avec vigueur les prémisses à l'effet que les armes à feu ne seraient pas intrinsèquement dangereuses.

3. CONSENSUS SOCIAL

L'Association pour la santé publique du Québec soumet respectueusement qu'il existe un large consensus social au Québec en faveur des mesures mises en vigueur par cette législation.

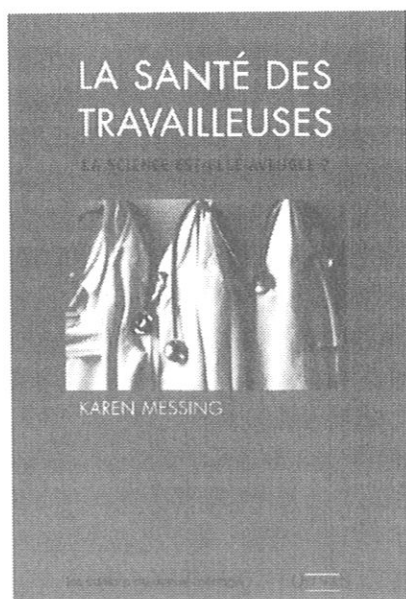
Dans son affidavit, le Docteur Françoise Bouchard, à l'appui de la requête en intervention de l'Association, rappelle, que selon un sondage Angus Reid de mai 1998, près de 90% de la population du Québec appuyaient la réglementation relativement à l'enregistrement des armes à feu. Il est donc inexact de prétendre que la législation de 1995 irait à l'encontre de valeurs fondamentales de la population québécoise, et nous doutons qu'il en soit autrement dans l'ensemble du Canada.

4. ÉQUILIBRE RAISONNABLE DES MESURES

L'intervenante soumet que cette loi constitue un équilibre raisonnable entre les usages légitimes et sécuritaires des armes à feu et le droit inaliénable à la vie et à la sécurité des personnes.

En conclusion, toutes les armes à feu doivent être considérées comme dangereuses et traitées comme telles.

Par conséquent, seul un régime universel d'enregistrement des armes à feu et de permis de possession permettra d'atteindre les objectifs de cette législation essentielle afin d'améliorer les conditions de santé et de sécurité de tous les canadiens et canadiennes.



Le livre est le fruit des recherches que Karen Messing poursuit depuis plus de vingt ans dans le domaine de la santé au travail. Sa réflexion porte plus particulièrement sur les résistances de la culture scientifique à saisir les aspects «invisibles» du travail souvent effectué par les femmes. En examinant les conditions de travail des caissières, secrétaires, serveuses, infirmières, travailleuses d'usine, téléphonistes, préposées à l'entretien, Karen Messing met en question la division sexuelle du monde du travail et les préjugés qui freinent le débat sur la santé des travailleuses. Les éditions du Remue-ménage, 305 pages.

(Suite de la page 13)

ne seront pas identifiés et mis en oeuvre. Le problème n'étant pas tant le manque d'aliments, comme le processus sociétal qui mène au manque d'aliments et au manque de contrôle des ménages sur leur situation alimentaire.

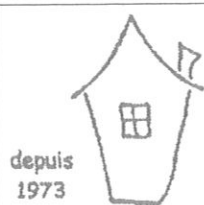
Qu'est-ce qu'on peut faire ? Avant de décider des objectifs d'intervention et des stratégies pour les atteindre, il semble utile de se demander dans quelle perspective on veut intervenir. À première vue, trois perspectives se présentent, dont les objets d'intervention procèdent du plus simple au plus complexe et la durabilité des effets progresse du plus court au plus long terme. Veut-on soulager les ménages de l'insécurité alimentaire ? Auquel cas on va continuer à agir sur la cause immédiate par la voie de l'aide alimentaire, en prenant soin d'améliorer la distribution de cette aide. Veut-on prévenir l'insécurité alimentaire ? Cela demande d'investir dans la recherche, de se doter d'outils d'analyse et de suivi, et d'agir en amont du problème, i.e. agir sur les déterminants du manque d'aliments et du manque de contrôle des ménages sur leur situation alimentaire. Veut-on bâtir la sécurité alimentaire ? Il faudrait alors instaurer des changements structurels (régulation; surveillance; décisions à long terme; pratiques agro-alimentaires respectueuses de l'environnement et du bien-être nutritionnel des populations etc.) qui vont poser les bases d'une sécurité alimentaire durable pour tous et en tout temps.

Dans une optique d'intervention à long terme et de résultats durables, il faut reconnaître que la «multidimensionnalité» du problème commande un cadre d'action multisectoriel aux différents niveaux de société. Ce cadre devrait couvrir simultanément multiples champs et objets d'intervention par une combinaison de stratégies d'action appropriées et intégrées, avec la participation des acteurs correspondants (grands décideurs, législateurs, gestionnaires de programmes sociaux, industries agro-alimentaires, groupes communautaires, milieu scolaire,

ménages etc.). Avec une volonté politique et une planification stratégique et participative, la mise au point et l'application d'un tel cadre d'action devrait être possible, sachant que le Québec a toutes les ressources nécessaires non seulement pour prévenir l'insécurité alimentaire mais aussi pour bâtir la sécurité alimentaire avec et pour ses citoyens. L'établissement d'un comité interministériel sur la question pourrait constituer un point de départ. Sommes-nous sur le point d'intervenir efficacement en matière de sécurité alimentaire au Québec ?

Références (sélectives)

- 1 Résumé d'une conférence prononcée à la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS Montérégie, à Longueuil, le 13 mars 2000.
- 2 Hamelin, Anne-Marie. *L'insécurité alimentaire des ménages au Québec: une exploration*. Thèse de doctorat. Université Laval, 1999.
- 3 Alaimo, Katherine, Ronette R. Briefel, Edward A. Frongillo, Jr et Christine M. Olson. 1998. «Food Insufficiency Exists in the United States: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III).» *American Journal of Public Health* 88.3: 419-426.
- 4 Fitchen, Janet M. Hunger. 1998. «Malnutrition and Poverty in the Contemporary U.S.: Some Observations on their Social and Cultural Context.» *Food and Foodways* 2: 309-333.
- 5 Rose, Donald. 1999. «Economic Determinants and Dietary Consequences of Food Insecurity in the United States.» *Journal of Nutrition* 129: 517S-520S.
- 6 Morgan, Karen J., Betty B. Peterkin, S.R. Johnson, et Basile Goungetas. 1986. «Food Usage Patterns as Related to Nutritional Quality of Household Food Supplies.» *Home Economics Research Journal* 15.2: 148-156.
- 7 Campbell, Cathy C. et Susan E. Horton. 1991. «Apparent Nutrient Intakes of Canadians: Continuing Nutritional Challenges for Public Health Professionals.» *Canadian Journal of Public Health* 82: 374-380.
- 8 Tarasuk, Valerie, George H. Beaton, Jennifer Geduld et Shelley Hilditch. 1998. *Nutritional Vulnerability and Food Insecurity among Women in Families Using Food Banks*, Toronto: University of Toronto, Department of Nutritional Sciences.
- 9 Travers, Kim D. 1996. «The Social Organization of Nutritional Inequities.» *Social Science Medicine* 43.4: 543-553.
- 10 Travers, Kim D., Anne Gogdon, Wendy McDonald, Colleen Wright, Barbara Anderson et David R. Maclean. 1997. «Availability and Cost of Heart Healthy Dietary Changes in Nova Scotia.» *Journal of the Canadian Dietetic Association* 58: 176-183.
- 11 Sen, Amartya. 1981. *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*. Oxford, G.B.: Clarendon Press.



Association d'Entraide Ville-Marie inc.

CANCER: Soins palliatifs à domicile
Soins professionnels gratuits
et Soutien bénévole

(514) 272-7200

Montréal
et Laval

Quand chaque
jour compte !

UN COLLOQUE POUR QUESTIONNER LES PRATIQUES EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Depuis longtemps, l'Association pour la santé publique du Québec s'intéresse à l'approche de développement communautaire. Ayant été l'un des acteurs à la mise en place de ce qui deviendra le Réseau Québécois de Villes et Villages en santé, l'ASPQ a été un partenaire national du Forum sur le développement social, tenu en 1998, et vient de publier un ouvrage intitulé «Capital social, développement communautaire et santé publique». C'est dans cette mouvance que le bureau de direction de l'ASPQ a décidé de prioriser la tenue d'un événement de formation en santé publique. Dans sa programmation de la saison 1999-2000, l'ASPQ avait inscrit la préparation d'un colloque qui porterait sur le renouvellement des pratiques en santé publique. Par le fait même, elle constituait un comité restreint composé de Jean-Pierre Bélanger, Renald Bujold, Louis Poirier et Benoit Sévigny pour démarrer la préparation du colloque.

Parallèlement à cette initiative, la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux pilote un projet intitulé «Ce qu'on peut faire ensemble» en promotion de la santé et du bien-être. Cette initiative rassemble dix projets de développement communautaire dans diverses régions du Québec. Dans le cadre d'un colloque de formation, le projet «Ce qu'on peut faire ensemble» devient complémentaire au projet de l'ASPQ, une sorte de matière première.

Un troisième partenaire est venu s'ajouter, soit la Direction de la santé publique de Montréal-

Benoit Sévigny
Permanence de l'ASPQ

Centre. Celle-ci s'intéresse notamment à la question des inégalités sociales en matière de santé.

Ainsi, cette activité de formation permettra de questionner les pratiques de promotion en santé publique. Des cadres conceptuels auxquels on se réfère en santé publique, on passera à un regard des cadres de référence utilisés dans des disciplines relatives au développement social et aux développements communautaires, et ce dans une perspective de développement de la santé et du bien-être.

Par ailleurs, en marge à la constitution de ce colloque, des discussions ont été entreprises avec le comité organisateur des Journées Annuelles de santé publique (JASP) afin de conclure une entente d'association. En fait, l'idée de base était de réunir des intervenants de divers horizons via quatre événements parallèles, soit les JASP, le colloque annuel de l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire, la Rencontre internationale des travailleurs de rue francophone et notre colloque *La promotion de la santé et du bien-être pour de nouvelles réalités sociales*. Quatre colloques ayant des points de maillage. Le comité des JASP a accepté de se lancer dans l'aventure. Nous voici donc en pleine préparation. Les événements auront lieu dans la semaine du 6 novembre 2000. C'est un rendez-vous !

Proposez-nous vos articles

Si vous avez des articles à nous proposer, n'hésitez pas à nous les faire parvenir. Profitez du Bulletin pour faire circuler vos idées, vos opinions sur diverses problématiques de santé publique. Vous pouvez nous les envoyer par la poste, le télécopieur ou par courriel :

Adresse: 819, Roy Est, Montréal (Qc) H2L 1E4 / Télécopieur: (514) 528-5811 /

Courrier électronique: aspq@videotron.ca

LA LUTTE AU TABAGISME DANS LA FRANCOPHONIE

Depuis quelques années, l'ASPQ est très présente sur la question du tabac au Québec, également au Canada, via la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Le travail en est un essentiellement d'action politique, l'une des stratégies de promotion de la santé. Ce travail devrait se poursuivre jusqu'en mars 2001.

Avec le travail qui s'est fait depuis quelques années au Québec et au Canada, l'ASPQ, après réflexion, a décidé d'initier un nouveau projet, soit celui de la tenue d'un colloque. En termes d'activité, rien de très nouveau. Au milieu des années 90, l'ASPQ était devenue une sorte de «boîte à colloque». Après un certain ralentissement de ce genre d'activité, elle s'est mise en en refaire, mais sur une base moins fréquente. Quoi qu'il en soit, le colloque qu'elle entend bien mettre sur pied est une nouveauté en soit puisque ce sera la première conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac. Rien de moins!

Déjà, un sous-comité de l'ASPQ s'est réuni deux fois, dont la seconde rencontre en compagnie de Neil Collishaw, membre de l'ASPQ et anciennement de l'OMS. Les prochaines démarches en seront de constitution d'un comité organisateur et d'un comité programme. Ceux-ci seront d'une composition internationale. L'autre démarche parallèle sera de chercher des partenaires puisque ce genre d'activité est très onéreux. Le partenariat s'étendra même aux pays européens.

Ainsi, il s'agit d'une conférence de trois jours qui aurait lieu à l'automne 2001 à Montréal. La thématique serait le renforcement de la lutte au tabagisme dans la francophonie. De cette thématique, plusieurs aspects peuvent être abordés, soit :

- l'action politique et l'advocacy ;
- les coalitions et les réseaux ;
- les médias ;
- les mesures législatives et fiscales ;
- les programmes de prévention efficaces ;

Benoit Sévigny
Permanence de l'ASPQ

- les supports à la cessation ;
- les politiques de protection des non-fumeurs ;
- les études statistiques.

Ces sous-thèmes ne sont pas définitivement arrêtés. Ils serviront d'idées de départ pour le comité du programme. Il y a de la matière à réflexion sans aucun doute !

POURQUOI UN TEL ÉVÉNEMENT

Tout d'abord, au Canada, le tabagisme est plus élevé chez les Francophones que chez les Anglophones (*Les Francophones et le tabagisme au Canada : le chaînon manquant*, 1999, p. 5). Les explications sont à chercher dans les facteurs sociaux, économiques, législatifs et culturels.

En regard du monde anglophone, la francophonie est loin d'être organisée sur la question de la lutte au tabac. Les quelques échanges existants se font sur une base individuelle. Or, il subsiste un besoin de partager en français l'expertise acquise dans les différentes régions francophones du monde, mais également un besoin de connaître les développements les plus récents, les méthodes les plus éprouvées dans la lutte au tabac. Le moment est propice, croyons-nous, de mettre sur pied un événement majeur. Ce genre de rencontre se fait dans la communauté anglophone. Et à cet égard, le Québec a certes à apprendre du reste de la francophonie, mais également à faire connaître sa façon de faire. En fait, cette conférence représente une belle vitrine du savoir-faire du Québec en la matière. Il n'existe pas de colloque de cet envergure en français. Tout se passe en anglais, même si la francophonie représente 220 millions d'âmes dans le monde.

UNE ASSOCIATION-SOEUR : L'ASSOCIATION PÉRUVIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE

Du 22 novembre au 7 décembre 1999, je me trouvais au Pérou en tant que délégué de l'Association canadienne de santé publique (ACSP), dans le cadre d'une courte mission technique en support à l'Association péruvienne de santé publique (APSAP). Mon mandat était de leur présenter l'expérience canadienne et québécoise dans le développement d'un réseau de villes et villages en santé, de tenir des ateliers de formation pratique dans différentes villes du pays, de visiter des projets locaux et de faire rapport à l'ACSP sur l'état d'avancement du projet de collaboration APSAP-ACSP.

Fondé en 1992, l'APSAP est une organisation à caractère académique, scientifique et social qui regroupe des professionnels de santé publique (plus de 1000 membres et 22 filiales) qui a comme mission de chercher et de promouvoir des approches alternatives et innovatrices aux nombreux problèmes de santé publique auxquels est confronté le pays. L'APSAP a choisi de travailler en collaboration avec l'Organisation pan américaine de la santé (OPS) à développer, au Pérou, un réseau de communautés en santé, un concept de développement communautaire

Renald Bujold
Président de l'ASPQ

inspiré de la stratégie Ville en santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Depuis ses débuts, l'APSAP est supportée dans son développement institutionnel par un programme de collaboration internationale de l'ACSP, financé par l'Agence canadienne de développement international (ACDI).

Le Pérou, avec une superficie à peu près équivalente à celle du Québec, mais avec une population de quelque 25 millions d'habitants, et ses trois zones : côtière, andine et amazonienne, fait encore face à de nombreux problèmes de santé publique. Mentionnons la mortalité infantile, avec 44 décès pour mille enfants nés vivants (Québec, moins de 6 pour 1000) et la mortalité maternelle qui est encore un problème courant, alors que chez nous elle est extrêmement rare. On observe de nombreuses inégalités à l'intérieur du pays, la mortalité infantile pouvant atteindre plus de 120 pour 1000 dans la selva amazonienne, alors qu'à Miraflores, le « Westmount » de Lima, et à Villa el Salvador, au sud de Lima elle, une communauté pauvre, mais autogérée et en santé, elle ne sera que de 7 pour 1000. L'état de santé est lié à la situation socio économique précaire de ce pays en voie de développement.

À Lima, Tacna et Ayacucho, j'ai pu observer quelques projets modèles de « communautés en santé », qui pourraient nous servir d'exemples. J'ai eu l'occasion de prononcer 9 conférences sur des thèmes liés au concept de communautés en santé et à l'expérience québécoise et d'animer deux ateliers de formation pratique. Ces conférences ont eu lieu en milieu universitaire, pour les professeurs et les étudiants en santé publique, mais surtout dans le cadre de deux séminaires importants, regroupant des gens de



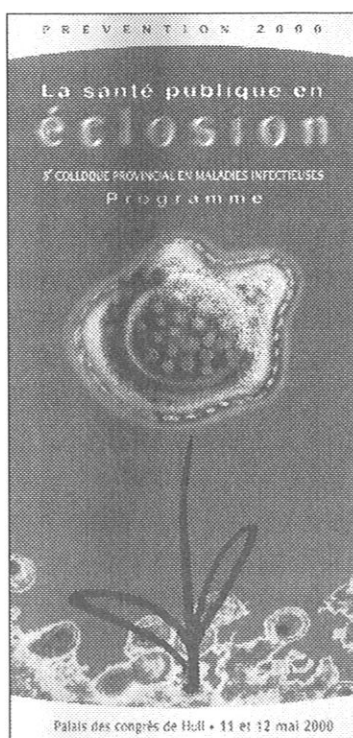
À Tacna, l'auteur en compagnie du personnel de la municipalité et de membres de la filiale de l'APSAP.

santé publique et des municipalités. Le moment fort de ma visite a sans doute été le séminaire de deux jours, regroupant dans un hôtel de Lima une centaine de participants de toutes les régions du pays et parmi lesquels on trouvait de nombreux maires, conseillers et fonctionnaires municipaux qui y étaient venus pour partager leur expérience en développement de communauté en santé au Pérou. Dans la salle, régnait une atmosphère toute spéciale, comme une ferveur, un enthousiasme de néophytes. Avec cet auditoire extraordinaire, j'ai dirigé avec succès un atelier de « fantaisie guidée » ou « de vision stratégique », utilisant l'outil développé par le projet Rouyn-Noranda, ville en santé. La rencontre s'est terminée par la signature par les participants d'une déclaration de principes et d'un engagement de mettre sur pied le réseau péruvien de communautés en santé, avec un centre national de coordination, à Lima. Malgré les différences qui existent entre le Canada et le Pérou, je crois que l'expérience québécoise aura servi à quelque chose dans cet aboutissement de plusieurs mois d'efforts de l'APSAP et de l'OPS-Lima.



À Ayacucho, de gauche à droite. Dr Carlos Sanchez, membre de l'APSAP et conseiller municipal de Magdalena del Mar ; Rosa Jurado, coordonnatrice de l'APSAP et Consuelo Loyalsa, l'auteur, présidente de la filiale d'Agacucho.

En plus d'une très grande satisfaction professionnelle que j'ai pu retirer dans ce premier travail en pays en voie de développement, j'ai vécu une expérience humaine inoubliable chez ce peuple si accueillant. C'est avec un extrême plaisir que le 9 mars prochain, j'aurai l'occasion de recevoir, à mon tour, et de présenter au bureau de direction de l'ASPQ, trois dirigeants de l'APSAP, qui seront à Montréal, en route vers Québec, où ils assisteront au troisième Congrès des responsables municipaux de santé des Amériques. Une résolution sera présentée pour les faire, comme nous le permettent nos statuts, des membres honoraires à vie de l'ASPQ. Cet événement pourrait être le point de départ d'une réflexion sur un éventuel volet international à l'action de l'ASPQ.



La santé publique en éclosion

8e colloque provincial en maladies infectieuses

Au palais des congrès de Hull, les 11 et 12 mai 2000

Pour plus amples informations, rejoindre Line Bourque au : (819) 777-3871 ou par télécopieur au (819) 772-0271.

LE BUREAU DE DIRECTION



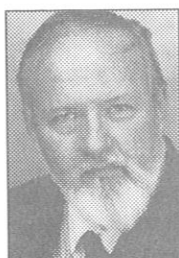
JOSÉE LAFOND
Vice-présidente
UQAM



RENALD BUJOLD
Président
DSP Montréal-Centre



FRANÇOISE BOUCHARD
Présidente sortante
Santé Canada



JEAN-PIERRE BÉLANGER
Trésorier
CQRS



LYNE MONGEAU
Conseillère
DSP Montérégie



LOUIS POIRIER
Conseiller
RQVVS



YVES BRISSETTE
Conseiller
Société de rech. en orient. hum.



HÉLÈNE VALENTINI
MSSS



ADÈLE JOMPHE-HILL
UQAH



HÉLÈNE CORNELIER
Consultante



SYLVIA SHARDONOFSKY
DSP Montréal-Centre



DENIS ST-AMAND
MSSS



RENAUD DUBÉ
Ministère de la
Famille

LA PERMANENCE



BENOÎT SÉVIGNY
Directeur général



LORI KIRSCHNER
Adjointe



HEIDI RATHJEN
Dir. de campagne



LOUIS GAUVIN
Coordonnateur



NICOLE HIP HOI
Adjointe

LA COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE CONTRÔLE DU TABAC

Devenez membre de l'ASPQ...



ASSOCIATION POUR LA
SANTÉ
PUBLIQUE DU
QUÉBEC

819, Roy Est
Montréal (Qc) H2L 1E4
Tél. (514) 528-5811
Fax: (514) 528-5590
E-Mail: aspq@videotron.ca
Site internet:
<http://pages.infinit.net/aspq/>

Bureau de direction

Renald Bujold
Président
DSP Montréal-Centre

Françoise Bouchard
Présidente sortante
Santé Canada

Josée Lafond
Vice-présidente
UQAM

Jean-Pierre Bélanger
Trésorier
CQRS

Louis Poirier
conseiller
R. Q. Villes et villages en Santé

Lyne Mongeau
Conseillère
DSP Montérégie

Yves Brissette
Conseiller
Soc. de rech. en orientation hum.

Denis St-Amand
MSSS

Adèle Jomphe-Hill
UQAH

Renaud Dubé
Ministère de la Famille

Hélène Valentini
MSSS

Hélène Cornellier
Consultante

Permanence

Benoît Sévigny
Dir. gén.

Lori Kirschner
Adjointe

Le Bulletin de santé publique est soutenu
financièrement par le Ministère de la
santé et des services sociaux

MEMBRE INDIVIDUEL

TARIF D'ADHÉSION

Indiquez votre choix dans la case appropriée.

La tarification est également valable pour les membres actuels qui renouvellent leur adhésion en 1998.TPS 106733280 / TVQ 1006182166

Durée	Membre régulier	Étudiant/retraité/bénévole joindre une preuve de votre statut
Un an (base)	40,00\$ + 2,80\$ + 3,21\$ = 46,01\$	10,00\$ + 0,70\$ + 0,80\$ = 11,50\$
2 ans (-10%)	72,00\$ + 5,04\$ + 5,78\$ = 82,82\$	18,00\$ + 1,26\$ + 1,44\$ = 20,70\$
5 ans (-20%)	160,00\$ + 11,20\$ + 12,84\$ = 184,04\$	40,00\$ + 2,80\$ + 3,21\$ = 46,01\$

Organisme pour lequel vous travaillez

Nom et prénom: _____
Adresse: _____
Ville: _____ Code postal: _____
Tél.: _____ Fax: _____
Profession: _____
Champ(s) d'intérêt: _____

Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____ Code postal: _____
Tél.: _____ Fax: _____
Nom du membre recruteur s'il y a lieu: _____

Adhésion à l'Association canadienne de santé publique (ACSP) pour un an: = 95\$

Montant (ASPQ): _____ \$ + montant (ACSP) _____ \$ = Total de _____

Ci-joint mon chèque à l'ordre de l'ASPQ et postez-le au 819, Roy Est, Montréal (Qc) H2L 1E4.
La cotisation est renouvelable à la date anniversaire de l'adhésion.

Merci!

MEMBRE INSTITUTIONNEL

TARIF D'ADHÉSION

Indiquez votre choix dans la case appropriée.

La tarification est également valable pour les membres actuels qui renouvellent leur adhésion en 1998.TPS 106733280 / TVQ 1006182166

Durée	Institution à vocation régionale sous-régionale ou provinciale	Institution à vocation locale	Organismes à but non lucratif
Un an (base)	287,56\$	143,78\$	57,51\$
2 ans (-10%)	517,61\$	258,81\$	103,52\$

Prix incluant la TPS et la TVQ.

Personne-contact de l'organisme

Nom et prénom: _____
Adresse: _____
Ville: _____ Code postal: _____
Tél.: _____ Fax: _____

Nom et prénom: _____
Adresse: _____
Fonction: _____
Tél.: _____ Fax: _____

Ci-joint mon chèque à l'ordre de l'ASPQ et postez-le au 819, Roy Est, Montréal (Qc) H2L 1E4.
La cotisation est renouvelable à la date anniversaire de l'adhésion.

Merci!

...et prenez une part active
au sein de l'Association