

1920-1929

CHAPITRE 3

La santé publique : Une histoire canadienne

Modernisation et croissance

Modernisation et croissance	3.1
Santé maternelle et infantile	3.2
Infirmières de la santé publique	3.4
Services de santé ouverts à temps plein	3.6
Services destinés aux collectivités autochtones	3.7
Maladies vénériennes	3.8
Organismes caritatifs	3.11
Lacunes en matière de surveillance : variole et typhoïde	3.12
École d'hygiène de Toronto et laboratoires d'antitoxines Connaught ...	3.15
Poliomyélite	3.17
Dépression et fin de l'essor de la santé publique	3.18

Après la Première Guerre mondiale, de nouvelles perspectives se dessinent en matière de santé publique, comme le montre, sur le plan international, la création de l'Organisation de la santé de la Société des Nations. Au Canada, ce nouvel ordre est incarné par le Conseil fédéral d'hygiène (CFH) chargé d'élaborer des politiques et de conseiller le nouveau ministère de la Santé du gouvernement fédéral, dont le mandat principal est, au départ, de collecter et de diffuser des renseignements et d'établir, dans une moindre mesure, une capacité fédérale de recherche en laboratoire.

Le Conseil fédéral d'hygiène joue, d'une certaine manière, un rôle plus important pour la mise en place du système de santé publique pendant les années 1920 que ne le fait le nouveau ministère dont il relève. Les membres du Conseil s'attaquent, sur le plan national, à divers problèmes jamais traités auparavant, comme l'augmentation de l'immigration, l'industrialisation, les débuts d'une transition d'une société rurale à une société urbaine et le changement profond du rôle des femmes, tandis que les fondements économiques et sociaux du pays continuent d'évoluer.

Dans les années 1920, les représentants du gouvernement craignent les effets de l'immigration dans les zones rurales très peu peuplées, en particulier après la dépression économique de 1921. Les ressources rurales en santé publique sont limitées ou nulles, et

De l'Autriche à l'Alberta, famille Ruthenian, 1911



Miniam Elston, archives provinciales de l'Alberta, A19485

Conseil fédéral d'hygiène

Le Conseil fédéral d'hygiène est présidé par le sous-ministre de la Santé fédéral et composé d'agents de santé en chef de la santé et de représentants des femmes et des ouvriers vivant en milieu urbain et rural, des agriculteurs, et des universités, ces derniers regroupant les experts universitaires et scientifiques en médecine, en santé publique et en recherche de laboratoire. Le Conseil organise un groupe de discussion semestriel pour discuter ouvertement des stratégies relatives aux questions actuelles majeures en matière de santé publique et comparer et coordonner ces stratégies. Il est parvenu à lutter contre l'isolement pratique et politique des gouvernements provinciaux lorsque ceux-ci ont fait face à des enjeux majeurs en matière de santé publique.

Sanofi Pasteur Limitée,
campus Connaught, archives



Conseil fédéral d'hygiène, 1919

la population des Prairies et des provinces Maritimes augmente rapidement. Le ministère de la Santé met en place des politiques imposant aux immigrants d'Europe continentale de passer un examen médical avant leur départ pour le Canada. Il faut signaler dès que possible les personnes souffrant de tuberculose, d'une déficience mentale ou d'une maladie détestable¹.

1 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 19–21 juin 1923

Santé maternelle et infantile

Les préoccupations au sujet des effets du travail en usine sur la santé des femmes enceintes et des mères d'enfants en bas âge mettent à l'avant-scène les questions liées à la santé maternelle et infantile, en particulier avec l'arrivée des femmes dans la main-d'œuvre après la Première Guerre mondiale. En 1920, le Conseil fédéral d'hygiène adopte une norme internationale minimale qui avait été créée pendant la Conférence internationale du Travail de 1919 pour les femmes travaillant dans l'industrie avant et après un accouchement.

En faisant en sorte que le Canada soit sécuritaire pour les mères, nous faisons en sorte qu'il le soit pour les enfants.

– D^{re} Helen MacMurchy, directrice de la Division du bien-être des enfants, 1923

La D^{re} Helen MacMurchy mène la première enquête nationale complète sur la mortalité maternelle et signale 1 532 décès de juin 1925 à juin 1926, soit un taux de 6,4 décès pour 1 000 naissances vivantes. Helen MacMurchy estime également que le taux de mortalité maternelle est en moyenne de 5,5 pour 1 000 naissances vivantes de 1900 à 1920. Cependant, ces taux sont sous-estimés d'au moins 25 % jusque dans les années 1930. Le taux de mortalité maternelle et infantile est plus élevé au Canada que dans la plupart des pays industrialisés, et ces taux varient énormément dans



Archives provinciales de l'Alberta, 1924, A11807 (gauche), A11808 (droite)



J.D. Pagé

Premier chef des services médicaux et de quarantaine de l'Immigration

Le D^r J.D. Pagé est né à St-Casimir, au Québec, en 1861 et diplômé en médecine de l'Université Laval. Il a pratiqué la médecine pendant quelques années avant de rejoindre le gouvernement fédéral comme surintendant médical de l'hôpital de l'Immigration au port de Québec pour être plus tard nommé chef. En 1919, avec la création du ministère fédéral de la Santé et le transfert des services médicaux et de quarantaine de l'Immigration à ce ministère, D^r Pagé est nommé chef de ces divisions. Grâce, en grande partie, à son initiative, les services médicaux outre-mer de l'Immigration voient le jour, permettant de déterminer l'état physique et mental des immigrants éventuels avant leur embarquement.

(La Revue canadienne de santé publique, vol. 25, 1934)

le pays. Les femmes des régions rurales ont un accès très restreint, voire nul, aux soins obstétricaux, prénataux ou postnataux².

En 1920, la Société canadienne de la Croix-Rouge finance une nouvelle section de protection de l'enfance de l'Association canadienne de santé publique, lui permettant ainsi d'augmenter immédiatement, de façon très énergique, le niveau d'éducation afin de réduire la mortalité infantile dans l'ensemble du Canada³. Le Conseil fédéral d'hygiène appuie la section de protection de l'enfance de l'Association canadienne de santé publique en tant que centre national des

2 Wendy Mitchison, *Giving Birth in Canada, 1900–1950*, (2002) Toronto : University of Toronto Press

3 « Actualités », *Public Health Journal*, vol. 11 (mai 1920) : p. 233

Eunice Henrietta Dyke

Système complet de soins de santé à l'enfant et à la famille et de services d'aide sociale

M^{me} Eunice Henrietta Dyke est née à Toronto en 1883 et entre à la Johns Hopkins School for Nurses à Baltimore au Maryland en 1905. Elle rejoint le ministère de la Santé publique de la Ville de Toronto en 1911 à une époque où la santé publique est extrêmement sensible aux efforts de personnes enthousiastes, énergiques et novatrices. À la recommandation de M^{me} Dyke, les services d'aide social à l'enfant deviennent le noyau des centres de santé pour enfants du ministère et le personnel infirmier du service est réorganisé de sorte à offrir un service axé sur la famille comme unité et décentralisé par district. Ce premier système du genre est salué partout dans le monde. On attribue également à M^{me} Dyke la relation entre la santé publique et les services communautaires et d'aide social connexes.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 51, juillet 1960)

initiatives bénévoles de protection de l'enfance pour travailler avec les services de santé publique à tous les niveaux du gouvernement. Le ministère de la Santé du gouvernement fédéral crée alors une division de protection de l'enfance chargée principalement de publier des brochures sur la santé maternelle et infantile.

L'Ontario dispose alors de programmes progressistes d'aide sociale et de santé maternelle et infantile, grâce à une augmentation importante du budget du Bureau de santé de l'Ontario. La somme allouée passe de 50 000 en 1910 à 530 000 en 1920, et dépasse les

montants affectés à toutes les autres provinces du Canada réunies. En 1920, la province de l'Ontario recrute huit infirmières de la santé publique puis huit autres infirmières de la Croix-Rouge de l'Ontario, et met en place des centres de santé communautaires locaux pour entreprendre les travaux liés aux soins maternels et infantiles et à la santé publique générale sous la supervision de l'infirmière de district. Il s'agit de déployer tous les efforts nécessaires pour éveiller l'intérêt général sur la nécessité des soins prénataux et les problèmes connexes⁴.

Les infirmières de la santé publique sont principalement responsables de la santé et du bien-être des femmes et des enfants, et les infirmières de district de l'Ontario disposent d'un véhicule pour couvrir rapidement leur district afin de convaincre chaque mère de la nécessité d'une supervision et d'une expertise⁵. Parfois, l'infirmière de district présente également une exposition itinérante bon marché, et un pédiatre et une infirmière générale expliquent et montrent les méthodes scientifiques.

Le Conseil fédéral d'hygiène se préoccupe particulièrement de la condition des femmes et des enfants qui vivent en zone rurale. Outre leur manque de ressources alimentaires saines, on considère que les agricultrices se tuent à la tâche. Près de la moitié de la population modeste, mais croissante, du Canada (celle-ci passe de 8,4 millions dans les années 1920 à 10 millions en 1929) vit dans de vastes zones très peu peuplées, et la prestation de services

de santé publique représente un défi. Les écoles rurales font l'objet d'inspections médicales limitées et les maisons sont munies d'installations d'assainissement et de plomberie médiocres, voire inexistantes. Les toilettes extérieures présentent un risque pour l'approvisionnement en eau souterraine, mais la plupart des agriculteurs ne sont pas en mesure d'installer des fosses septiques modernes et des canalisations intérieures. La plupart des collectivités rurales n'ont pas accès aux systèmes de gestion de l'eau et de traitement des eaux usées plus efficaces et sécuritaires qui ont été construits dans les villes au cours de cette décennie.

La phase particulière des soins infirmiers de chevet dans laquelle les infirmières de l'Ordre de Victoria interviennent plus que tout est le service de maternité. Au cours de l'année 1929, l'Ordre a soigné quelque 64 356 patientes. Parmi ce nombre, 14 218 étaient des cas obstétricaux, soit plus de 20 % du total. L'Ordre offre ainsi des soins infirmiers dans environ 6 % des accouchements qui ont lieu au Canada.

– Conseil fédéral d'hygiène, 1931

Infirmières de la santé publique

En 1920, le Conseil fédéral d'hygiène exprime sa consternation à l'égard du manque déplorable d'infirmières dans chaque province du Canada⁶. À partir de la Première Guerre mondiale, une augmentation de la demande relative aux infirmières dure jusqu'à la fin des années 1920.

4 J. W. S. McCullough, « An Era of Public Health Progress », *Public Health Journal*, vol. 11 (juillet 1920) : pp. 293–300

5 « Child Welfare in Ontario », *Public Health Journal*, vol. 11 (juillet 1920) : p. 336; J. J. Middleton, « Health Promotion and Disease Prevention », *Public Health Journal*, vol. 12 (janvier 1921) : pp. 15–23

6 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 25 et 26 octobre 1920



Hibbert Winslow Hill

Un pionnier de la recherche, de la paternité d'une oeuvre et de l'enseignement en bactériologie

D^r Hibbert Winslow Hill est né à Saint John, Nouveau-Brunswick, en 1871 et est le premier bactériologiste à agir à ce titre à plein temps au Canada et un pionnier de l'épidémiologie aux États-Unis. Il est l'auteur de divers ouvrages, dont *New Public Health, Sanitation for Public Health Nurses, The New Hygiene*, et plusieurs autres, dans lesquels il présentait sa vision éclairée et critique des méthodes employées à l'époque en santé publique. Durant sa résidence à Boston de 1898 à 1905, il est directeur du Boston Board of Health Laboratory et il enseigne la bactériologie au Harvard Medical School. En 1912, il est nommé directeur du nouvel Institut de santé publique établi à l'Université Western Ontario, à London. En 1925, il est nommé au poste de directeur des laboratoires de l'Hôpital général de Vancouver, et ensuite professeur de bactériologie et de sciences infirmières et de sciences de la santé à l'University of British Columbia.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 26, 1935)

En 1916, le Manitoba crée le premier service infirmier de santé publique provincial qui compte cinq infirmières. En 1922, 53 infirmières travaillent dans toute la province. La Colombie-Britannique nomme sa première infirmière de santé publique en 1917, suivie de l'Alberta en 1918 et de la Saskatchewan en 1919. Les provinces de l'Ouest concentrent leurs efforts sur les postes de santé infantile dans la plupart

des villes et des municipalités rurales et sur les cours de soins à domicile⁷.

L'Université Dalhousie, à Halifax, propose le premier cours important en soins infirmiers de santé publique en février 1920, puis, à leur tour, l'Université de Toronto, l'Université McGill, l'Université de Western Ontario, l'Université de la Colombie-Britannique et l'Université de l'Alberta. Le cours en soins infirmiers de santé publique de l'Université de la Colombie-Britannique complète le baccalauréat en soins infirmiers créé en 1919, premier programme universitaire du genre en soins infirmiers de l'Empire britannique.

Les universités ont besoin de soutien financier pour créer des cours en soins infirmiers de santé publique ainsi que pour attirer et appuyer les étudiants. En 1920, la division ontarienne de la Croix-Rouge canadienne finance entièrement la création d'un service de formation en soins infirmiers de santé publique à l'Université de Toronto en collaboration avec la Faculté de médecine et la Croix-Rouge canadienne, qui offre dix bourses d'études d'un an aux diplômées d'écoles d'infirmières reconnues⁸.

7 Elizabeth Russell, « Public Health Nursing in Manitoba », *Public Health Journal*, vol. 16 (décembre 1925) : pp. 589–592; F. C. Middleton « The Nursing Medical and Hospital Problem in the Rural West », *Public Health Journal*, vol. 10 (juillet 1919) : pp. 297–308

8 E. Kathleen Russell, « Special Training For Public Health Nurses », *Public Health Journal*, vol. 12 (décembre 1921) : pp. 543–545; Susan M. Duncan, Beverly D. Leipert et Judy E. Mill « Nurses as Health Evangelists? The Evolution of Public Health Nursing in Canada, 1918–1939 », *Advances in Nursing Science*, vol. 22 n° 1 (1999) : pp. 40–51; « University Course in Public Health Nursing Established in Ontario », *Public Health Journal*, vol. 11 (septembre 1920) : pp. 431–432

Services de santé ouverts à temps plein

Le premier service de santé du comté ouvert à temps plein du Canada est créé en 1921, à Saanich (Colombie-Britannique). Toutefois, beaucoup de zones urbaines disposent de services de santé dotés de médecins hygiénistes qualifiés à temps plein. Les populations des petites villes et des zones rurales ont toujours accès à des agents de santé à temps partiel et à des infrastructures limitées dans les années 1920, et les agents de santé en milieu rural sont souvent des médecins privés très occupés. Beaucoup d'entre eux n'ont ni le temps, ni l'intérêt, ni les qualifications professionnelles nécessaires pour être des agents de santé publique efficaces, et les sommes financées par les taxes des zones rurales et des petites collectivités ne sont pas suffisantes pour financer un organisme de santé publique à temps plein⁹.

En 1923, John McCullough, agent de santé en chef de l'Ontario, lance une campagne pour promouvoir la santé publique en créant tout d'abord des services de santé compétents dont l'organisation efficace est supervisée par un agent de santé à temps plein. En 1924, il s'efforce de promouvoir le concept de dispensaires à temps plein au niveau du district ou du comté qu'il considère comme le besoin le plus pressant en matière de santé publique au Canada, et aborde la question le plus souvent possible, au point de s'excuser, auprès du Conseil fédéral d'hygiène, d'insister autant sur ce problème depuis dix ans. Les importants engagements financiers de la Fondation Rockefeller jouent un rôle essentiel

9 « Every Doctor a Health Officer », *Public Health Journal*, vol. 16 (juillet 1925) : pp. 348–349; J. W. S. McCullough « Progress in Public Health », *Public Health Journal*, vol. 16 (août 1925) : pp. 367–370

puisque le gouvernement fédéral ne financera jamais la campagne de McCullough¹⁰.

Le Québec est la deuxième province à créer un service de santé de comté ouvert à temps plein en 1926. Plus peuplées et développées, les structures des comtés facilitent la mise en place efficace de services de santé de comté, avec la création de 23 services à la fin de l'année 1930. Le Québec a créé un conseil d'hygiène en 1887, mais a très peu investi dans cet organisme, et bien que la province compte déjà 876 municipalités en 1891, ce n'est que dans les années 1920 qu'elle commence à fournir des services de santé publique. À partir de cette date, les services de santé publique sont fournis par les comtés, puis administrés et dirigés centralement par le gouvernement provincial. Athanase David est nommé secrétaire et officier de l'état civil provincial en 1919 et crée une division de l'aide publique en 1921 ainsi qu'une division de l'hygiène provinciale en 1922. Il nomme le

D^r Alphonse Lessard à la direction de ces deux divisions et dirige avec lui le ministère de la Santé provinciale sous l'égide du Secrétariat de la Province.

La division de l'aide publique du Québec est chargée d'administrer les subventions provinciales



Sécurité au travail, 1924

10 J. W. S. McCullough, « Full Time Health Officers », *Public Health Journal*, vol. 15 (mars 1924) : p. 106; J. W. S. McCullough, « Full-Time Health Officers », *American Journal of Public Health*, vol. 14 (mars 1924) : pp. 188–192; Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 11–13 décembre 1923; J. W. S. McCullough, « The Greatest Public Health Need of Canada », *Public Health Journal*, vol. 16 (avril 1925) : pp. 171–174

H.E. Young

*Direction efficace en santé publique en C.-B.,
au Canada et aux États-Unis*

En tant que doyen des officiers de santé canadiens, le Dr H.E. Young fait son entrée à la législature de la Colombie-Britannique en 1906 à titre de ministre de l'Éducation et secrétaire provincial. Le développement rapide du Conseil provincial de santé capte l'intérêt du Dr Young et en 1916 il est nommé secrétaire du Conseil de santé et registraire général des statistiques de l'état civil. En raison de son grand intérêt dans l'éducation, la Colombie-Britannique est la première province à fournir un système d'inspection médicale scolaire. Le Dr Young organise le premier bureau de santé de comté au Canada à Saanich en 1921 et dirige le premier service public de soins infirmiers en santé au Canada. On dit que les Infirmières de l'Ordre de Victoria, le Conseil canadien du bien-être, la Ligue canadienne de santé et le Comité national d'hygiène mentale du Canada lui sont tous extrêmement reconnaissants pour son intérêt et son appui.

*(La Revue canadienne de santé publique,
vol. 29, 1938)*

des hôpitaux et des autres organismes caritatifs, y compris les soins aux démunis. Le Service provincial d'hygiène remplace le Conseil d'hygiène, et la division quadruple les dépenses en santé publique en 1922–1923 et en 1935–1936, se concentrant sur les infections transmissibles sexuellement, la tuberculose et les maladies infantiles. Tandis que les services de santé, administrés au niveau du comté, se multiplient dans la province, celle-ci se met à bâtir

des sanatoriums pour la tuberculose en 1924, initiative qui avait été laissée au secteur privé¹¹.

La Saskatchewan, province presque entièrement rurale, adopte une approche différente en créant des cliniques de consultation médicale gratuite. Comme l'affirme Maurice Seymour, sous-ministre de la Santé lors de la réunion de juin 1928 du Conseil fédéral d'hygiène, la province de la Saskatchewan est très vaste, et une part importante de la population a des difficultés à obtenir l'aide médicale nécessaire et à payer celle-ci après l'avoir obtenue. Les provinces de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Alberta modifient la loi provinciale sur la santé, permettant aux conseils municipaux d'un comté de demander, collectivement, des fonds provinciaux pour appuyer un service de santé¹².



Musée Glenbow, PD-341122b

*Enfants pensionnaires,
1924–1925*

également de services de santé publique très limités. Comme c'est le cas actuellement, le gouvernement fédéral est chargé de protéger

Services destinés aux collectivités autochtones

Les collectivités autochtones disposent

- 11 G. Desrosiers, « Le système de santé au Québec : Bilan historique et perspective d'avenir », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 53 n° 1, 1991, pp. 6–9
- 12 F. C. Middleton, « Full-Time Health Districts in Saskatchewan », *Canadian Public Health Journal*, vol. 20 (mars 1929) : pp. 140–147; M. R. Bow et F. T. Cook, « The History of the Department of Public Health of Alberta », *Canadian Public Health Journal*, vol. 26 (août 1935) : p. 395; Ross Mitchell, « The Development of Public Health in Manitoba », *Canadian Public Health Journal*, vol. 26 (février 1935) : p. 68; Norman MacL. Harris, « Some Thought on the Organization and Progress of Public Health in Canada », *Canadian Public Health Journal*, vol. 20 (août 1929) : pp. 381–388

Alphonse Lessard

Pionnier de l'établissement et de l'illustration des bienfaits des unités sanitaires à temps plein au Québec

Le D^r Alphonse Lessard est intimement associé à l'établissement des unités sanitaires à temps plein au Québec. Aussitôt nommé à la direction du Bureau provincial de la santé en 1922, il se penche résolument sur l'amélioration de l'administration sanitaire dans sa province. À sa retraite en 1937, Le D^r Lessard constate le fruit de ses valeureux efforts : cliniques itinérantes de dépistage de la tuberculose, agrandissement des sanatoriums, programme efficace de lutte contre les maladies vénériennes, et baisse notable des taux de mortalité attribuables à la fièvre typhoïde et à la diphtérie.. En illustrant de si belle manière les bienfaits des services sanitaires permanents fournis par un personnel compétent, il a beaucoup fait avancer la cause de la santé publique au Canada.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 29, 1938)

et de promouvoir la santé des populations autochtones du Canada, mais très peu de services sont fournis à cette époque. Le Service de santé des indiens ne se développe qu'à partir de 1927, quand le D^r E. L. Stone succède au D^r Peter Bryce en tant que surintendant médical général. Le D^r Bryce critique ouvertement l'inaptitude du gouvernement fédéral à fournir des soins et des services de santé aux Premières nations, et sa défense constante des droits autochtones met fin à sa carrière dans la fonction publique fédérale. Les taux exceptionnellement élevés de tuberculose dans les collectivités autochtones sont rendus publics au milieu des années 1920, quand l'Association canadienne anti-tuberculeuse entreprend une étude de deux ans sur les populations de la côte et de l'intérieur

de la Colombie-Britannique pour le compte du ministère des Affaires indiennes¹³.

Le gouvernement fédéral commence alors à déployer d'importants efforts pour fournir des services de santé aux Autochtones du Nord à partir de 1922, avec la nomination du D^r L. D. Livingston au poste de médecin de la Direction générale des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon du ministère de l'Intérieur. Des missionnaires catholiques et anglicans exploitent de petits hôpitaux dans le Nord, dupliquant souvent leurs efforts dans la même région, ce qui exaspère Livingston. Celui-ci refuse également la construction d'hôpitaux desservant les populations autochtones nomades très éparses du Nord. Il décide plutôt de mettre en place un « poste de santé central » à Pagnirtung en 1928, intégrant un petit hôpital anglican. Un deuxième centre est créé à Chesterfield Inlet en 1930. Il s'agit d'une base administrative pour les médecins qui relève de lui et d'un centre médical fournissant des services aux patients externes ainsi que des services limités aux hospitalisés¹⁴.

Maladies vénériennes

Enrayer la propagation des maladies vénériennes devient une préoccupation nationale après la Première Guerre mondiale. À cause des effets mortels de la grippe espagnole et de la tuberculose dans les populations autochtones, on s'efforce, après la guerre, d'éviter la propagation

13 Megan Sproule-Jones, « Crusading for the Forgotten: Dr. Peter Bryce, Public Health, and Prairie Native Residential Schools », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 13 (1996) : pp. 199–224; « Tuberculosis Study Among the Indians », *Canadian Public Health Journal*, vol. 19 (mai 1928) : pp. 241–242

14 G. Graham-Cumming, « Northern Health Services », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 100 (15 mars 1949) : pp. 526–531

des maladies vénériennes aux populations autochtones de l'Arctique. Bien que la syphilis se soit propagée après que la population ait été en contact avec les premiers explorateurs européens dans le Nord, M. Amyot, sous-ministre de la Santé, insiste sur le fait que la protection (des Autochtones) doit consister à ne laisser aller dans le Nord que les personnes exemptes de maladie vénérienne¹⁵.

La prévention et le contrôle des maladies vénériennes sont fondés sur le concept « d'hygiène sociale », qui préconise une activité sexuelle conjugale « normale » par rapport aux relations sexuelles extraconjugales « anormales », considérées à l'origine des maladies vénériennes. La campagne canadienne contre les maladies vénériennes est le premier programme de santé fédéral et provincial commun. Le gouvernement fédéral apporte une aide de 200 000 \$ par an et, en 1922, 52 cliniques destinées aux maladies vénériennes sont présentes dans chaque province (sauf celle de l'Île-du-Prince-Édouard) et fournissent des traitements gratuits et obligatoires. Les médecins doivent signaler les cas confirmés, mais la négligence ou l'ignorance des règlements provinciaux sur l'établissement des rapports

ont tendance à limiter cette mesure dans la pratique¹⁶.

Le Conseil canadien de lutte contre les maladies vénériennes (rebaptisé Ligue canadienne de santé en 1922) est une organisation bénévole principalement chargée de mettre en œuvre la campagne contre les maladies vénériennes dans la plupart des provinces et des grandes villes. Des tournées de conférence sont commanditées par les sections locales du Conseil et des représentants de la santé publique ainsi que par

des intervenants célèbres qui y participent. Une exposition populaire sur les maladies vénériennes, réservée aux hommes, a lieu à l'Exposition du Canada central d'Ottawa en 1923, arborant des modèles de cire grandeur nature venant de France, inspirés de la nature et peints par des

artistes de manière à représenter les lésions cutanées de la syphilis et de la gonorrhée. Une exposition similaire réservée aux femmes a lieu par la suite dans un endroit plus discret du centre-ville d'Ottawa¹⁷.

Dans les années 1920, le Conseil préconise l'éducation sexuelle et morale des enfants, la création de clubs sociaux et de clubs d'athlétisme, le contrôle de l'alcool, la garde des



15 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 17–19 mai 1920; Pat Sandiford Grygier, *A Long Way From Home: The Tuberculosis Epidemic Among the Inuit* (Montréal and Kingston: McGill University Press, 1994), pp. 55–65

16 « Social Hygiene », *Public Health Journal*, vol. 12 (septembre 1921) : pp. 427–428; « The Campaign Against Venereal Diseases », *Public Health Journal*, vol. 11 (mars 1920) : p. 146; R. R. McClenahan, « Syphilis and Gonorrhoea from the Public Health Point of View », *Public Health Journal*, vol. 11 (avril 1920) : pp. 177–180

17 « Ottawa Social Hygiene Council », *Public Health Journal*, vol. 14 (novembre 1923) : pp. 506–509; « Report of Annual Meeting Ottawa Social Hygiene Council », *Public Health Journal*, vol. 15 (mars 1924) : pp. 115–116

Pouvoirs de police

Une erreur malheureuse se produit encore parfois dans les pratiques de santé publique : l'exercice des « pouvoirs de police ». Cette erreur se produit rarement de nos jours, par exemple quand une personne qui a de nombreux partenaires sexuels et qui transmet sciemment la maladie du VIH, est arrêtée, accusée et emprisonnée. Personne ne rejette sérieusement cette décision, si ce n'est la personne séropositive et quelques défenseurs marginaux des libertés civiles. Toutefois, au début du 20^e siècle, les pouvoirs de police des services de santé publique locaux sont très largement exercés, ce qui ternit plutôt gravement l'image de la santé publique. De nos jours, nous considérerions cela comme un grave abus de pouvoir. Par exemple, les responsables de la santé publique disposaient de mandats (comme des mandats de perquisition) les autorisant à pénétrer dans des domiciles privés et à saisir les enfants qui étaient, ou que l'on considérait être, porteurs de maladies contagieuses comme la diphtérie et la fièvre typhoïde. De cette manière, la santé publique était réputée pour son autoritarisme sévère, et celui-ci a, dans certaines collectivités, laissé des souvenirs durables qui ne commencent que maintenant à s'effacer.

– John Last

« personnes d'esprit faible » et la supervision des salles de danse et des autres lieux publics. Pour enrayer la propagation des maladies vénériennes, il faut adopter une nouvelle attitude vis-à-vis de la sexualité masculine,

reconnaissant que l'indulgence en matière de sexualité n'est pas essentielle pour une bonne santé, et que les maladies vénériennes découlant de la prostitution représentent une grave menace pour les individus, la collectivité et la nation. Gordon Bates, président du Conseil canadien de lutte contre les maladies vénériennes et rédacteur en chef du *Public Health Journal*, demande aux lecteurs de participer à une croisade contre les pourfendeurs de l'éducation et les colporteurs de scandales dont les publications polluent les kiosques à journaux et l'esprit des jeunes gens¹⁸.

Les laboratoires de santé publique ont des difficultés à diagnostiquer les maladies vénériennes, et les traitements obligatoires, ainsi que la privation de liberté, nécessitent un niveau de précision que certains jugeaient impossible. La collectivité juridique se préoccupe du « pouvoir énorme » des médecins hygiénistes. Dans un article du *Public Health Journal* daté de 1922, J. W. McFadden, procureur adjoint de la Couronne de Toronto, écrit que ce qui doit être considéré comme une maladie est considéré comme un crime. Les Britanniques ne sont pas allés si loin. Ils ont simplement créé des cliniques et proposé des soins gratuits¹⁹.

18 « Report Adopted and Presented to the Conference by the Section on Venereal Diseases », *Public Health Journal*, vol. 11 (avril 1920) : pp. 158–159; Gordon Bates, « Essential Factors in a Campaign Against Venereal Diseases », *Public Health Journal*, vol. 12 (septembre 1921) : pp. 385–396; Rachelle S. Yarros, « The Prostitute as a Health and Social Problem », *Public Health Journal*, vol. 10 (janvier 1920) : p. 607; « Pernicious Literature » *Public Health Journal*, vol. 14 (novembre 1923) : pp. 529–530

19 R. H. Mullin, « The Role of the Laboratory in the Control of Venereal Diseases », *Public Health Journal*, vol. 11 (septembre 1920) : pp. 389–395; J. W. McFadden, « Law and Morality », *Public Health Journal*, vol. 13 (mars 1922) : pp. 97–105

Organismes caritatifs

Outre la campagne contre les maladies vénériennes, les organismes de santé bénévoles et les organismes caritatifs internationaux aident à financer la formation des infirmières de la santé publique, renforcent les infrastructures universitaires et facilitent la création de services de santé de comté ouverts à temps plein. La Croix-Rouge canadienne joue un rôle particulier en dispensant des services et des formations en santé publique sur la côte est. Dans la province de l'Île-du-Prince-Édouard, où il n'y a ni bureau de santé ni service de santé provincial, la Croix-Rouge canadienne est chargée de fournir tous les services de santé publique, et la plupart des tâches sont accomplies par des infirmières de la santé publique. La Métropolitaine, Compagnie d'Assurance-Vie et d'autres compagnies d'assurance-vie parrainent diverses initiatives et études locales, tandis que la Fondation Rockefeller soutient l'éducation en matière de santé publique au Canada et dans le monde entier.

Pendant ce temps, l'Association canadienne de santé publique se débat financièrement et a des difficultés à trouver un objectif national tandis que se développent des organismes bénévoles concurrents particulièrement axés sur la santé publique. W. F. Roberts, président de l'Association canadienne de santé publique et ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, minimise les doutes sur l'aptitude de la collectivité de la santé publique à appuyer de façon suffisante l'Association, tout en soulignant qu'il est important de rendre l'organisation efficiente. Un conseil consultatif visant à mieux coopérer avec les organismes bénévoles est créé et comprend des représentants de la Croix-Rouge canadienne, des infirmières de



Arthur Dicaire

Pionnier en inspection sanitaire et en hygiène

M. Arthur Dicaire de la ville de Lachine au Québec devient la première personne à recevoir le certificat en inspection sanitaire (Canada). Il reçoit son premier certificat en octobre 1935. Né en 1886, il commence sa carrière en santé publique en 1914 au Service d'Hygiène de Lachine et obtient des qualifications reconnues en vérification du lait et en plomberie. Il devient membre de l'Ambulance Saint-Jean pendant 24 ans et dispose d'excellentes références d'établissement en médecine à Montréal, à Québec et à Lachine.

(Tim Roak, historien, Institut canadien des inspecteurs de la santé publique)

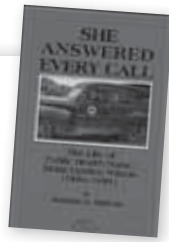
Croix-Rouge canadienne

Le mouvement de la Croix-Rouge au Canada a été créé par George Sterling Ryerson, qui a formé une section canadienne (à Toronto) de la British Red Cross Society en 1896. Le gouvernement fédéral a adopté, en 1909, la *Loi sur la Société canadienne de la Croix-Rouge*, en vertu de laquelle la Société doit fournir une aide bénévole au Canada. Pendant la Première Guerre mondiale, la Croix-Rouge canadienne a recueilli 35 millions de dollars pour les activités de secours à l'étranger et a construit des hôpitaux dans des régions isolées du Canada après la guerre. Pendant la Seconde Guerre mondiale, la Croix-Rouge canadienne a contribué aux services de bénévolat et a apporté une aide matérielle et financière s'élevant à 80 millions de dollars.^a

a <http://www.thecanadianencyclopedia.com>

Mona Gordon Wilson

Infirmière dévouée et pionnière de la santé de l'Î.-P.-É.



Après sa formation d'infirmière, Mona Gordon Wilson s'est portée volontaire pendant la Première Guerre mondiale avec des missions en France, en Sibérie, au Monténégro et en Albanie. Elle s'installa ensuite dans la plus petite province du Canada où elle devint l'âme derrière l'élaboration du programme de santé publique. Au moment de la création du ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard en 1922, M^{me} Wilson occupe le poste d'infirmière en chef de la Croix-Rouge. Elle a organisé la Croix-Rouge cadette comme aide intra-scolaire pour l'amélioration de la santé et un projet pour le traitement des enfants handicapés. M^{me} Wilson a inauguré des cliniques d'immunisation et de vaccination contre la variole, elle a élaboré des programmes de santé en milieu scolaire, d'éducation à la santé, elle a organisé la première formation des hygiénistes dentaire. En 1940, M^{me} Wilson obtient un congé lorsque la Croix-Rouge canadienne lui demanda d'être son commissaire à Terre-Neuve.

(La Revue canadienne de santé publique, vol. 51, juillet 1960)

l'Ordre de Victoria du Canada, de l'Association médicale canadienne, du Conseil canadien de lutte contre les maladies vénériennes, de la Ligue canadienne de santé, de l'Association canadienne de préservation contre la tuberculose, de l'Independent Order of the Daughters of the Empire et des Instituts féminins.

L'Association canadienne de santé publique décide d'embaucher un secrétaire de direction à temps plein pour administrer le Conseil consultatif et créer des associations de santé

publique provinciales ou de district affiliées, mais n'est pas en mesure d'appliquer cette mesure ni même de tenir une réunion annuelle en 1924. Lors de la réunion annuelle de l'Association en 1925 à Montréal, une initiative de renouvellement est lancée afin d'établir des propositions de rechange pour l'avenir de l'Association et de créer le *Journal of Public Health*. La direction de l'Association envisage de faire partie de l'association de santé publique des États-Unis, mais, lors de la réunion annuelle de 1928 à Winnipeg, les membres de l'association renouvellent leur engagement vis-à-vis de l'Association et décident de la transformer en société professionnelle efficace et de mener diverses études en matière de santé publique. L'Association assume la propriété exclusive de la revue. Son Comité exécutif est responsable de la gestion des activités tandis que Robert D. Defries, chargé de l'édition, met désormais l'accent sur le contenu et la précision scientifiques. En janvier 1929, la revue est rebaptisée *Canadian Journal of Public Health*²⁰.

Lacunes en matière de surveillance : variole et typhoïde

Les éclosions permanentes de typhoïde et de variole témoignent de lacunes inacceptables en matière de surveillance de la santé publique et indiquent une véritable négligence de certains gouvernements locaux. L'opposition à la

20 « Canadian Public Health Association: Annual Meeting, St. John, N.B., June 7, 1922 » *Public Health Journal*, vol. 13 (juillet 1922) : pp. 303-08; « Canadian Public Health Congress », *Public Health Journal*, vol. 14 (juillet 1923) : pp. 334-336; « Report of the Fourteenth Annual Conference of the Canadian Public Health Association », *Public Health Journal*, vol. 16 (juin 1925) : p. 287; R. D. Defries, « The Canadian Public Health Association, 1910-1956 », *Public Health Journal*, vol. 48 (janvier 1957) : p. 39



extrême gauche : « Arrêtons la vaccination obligatoire » ;
gauche : *Arguments contre la vaccination*

vaccination de
certains membres
du public et de la

profession médicale est souvent

attisée lorsque les médecins entreposent ou administrent les vaccins de façon inadéquate. Quand, en 1920, une éclosion de variole survient dans la région de Toronto et entraîne le décès de 33 personnes, les autorités municipales hésitent à lancer une campagne de vaccination obligatoire. Les États-Unis demandent alors aux personnes qui souhaitent traverser la frontière une preuve de vaccination récente contre la variole, et des restrictions similaires de quarantaine sont imposées à toutes les personnes venant de Toronto et se rendant au Manitoba et au Québec.

Malgré la pression, le D^r John McCullough, agent de santé en chef de l'Ontario, refuse de lancer un débat avec les opposants à la vaccination, faisant confiance au public pour trancher la question de manière équitable. L'épidémie de Toronto se calme après l'administration de 200 000 vaccins à des volontaires, bien qu'une éclosion plus virulente de la variole à Windsor (Ontario) en 1923-1924 entraîne, chez les personnes non vaccinées, un taux de mortalité plus élevé de 71 % des cas signalés. Aucune des personnes vaccinées au cours des 12 années précédentes ne contracte la maladie et aucune des personnes qui ont été vaccinées au cours de leur vie ne meurt à Windsor. Lorsque la situation d'urgence est terminée, les représentants de la santé locaux concluent que la vaccination, comme moyen de prévention, est plus que jamais prouvée²¹.

21 « Provincial Board of Health of Ontario: Lessons From the Windsor Outbreak of Variole », *Public Health Journal*, vol. 15 (mars 1924) : pp. 134-136; R. R. McClenahan, « Comments on the Recent Variole Epidemic in Windsor and Vicinity », *Public Health Journal*, vol. 15 (juin 1924) : pp. 263-266

Une importante épidémie de typhoïde à Cochrane (Ontario) en mars 1923 et une autre épidémie à Montréal quatre ans plus tard indiquent d'autres lacunes en matière de surveillance de la santé publique. À Cochrane, les eaux usées contaminées par la typhoïde pénètrent dans l'approvisionnement en eau, causant plus de 800 cas de maladie et plus de 50 décès dans une population

Seraphim Boucher

Contribution à l'avancée et au développement de la santé publique à Montréal

Lorsque D^r Seraphim Boucher arrive pour la première fois au service de la Santé de Montréal, le budget est minime, le personnel incompetent et les activités en grande partie limitées à l'assainissement. Lorsqu'il prend sa retraite du poste de directeur en 1938, la ville dispose d'un service très efficace et mène des activités dans tous les champs de la santé publique. Le taux de mortalité général à Montréal a chuté, passant de 21,5 pour 1000 en 1913 à 10,2 pour 1000 en 1936. Le taux de mortalité infantile lorsqu'il est en fonction est de 215 pour 1000 et atteint 84 pour 1000 lors de son départ à la retraite. De tels résultats témoignent de ces réalisations. D^r Boucher est l'un des fondateurs de la Société médicale de Montréal et occupe plus tard le poste de registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la province du Québec. Il crée la première clinique pour enfants à Montréal en 1901 et siège à de nombreuses commissions canadiennes et internationales.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 29, 1938)

de 3 400 habitants. Le Bureau de santé provincial envoie des ingénieurs ainsi que des infirmières générales et des infirmières de santé publique et verse une aide financière de 20 000 \$ à la ville. L'épidémie de typhoïde de Montréal est causée par une contamination du lait et fait 5 000 malades et 533 morts. Les autorités en matière de santé publique se déclarent surprises qu'une telle situation puisse se produire dans une ville moderne civilisée, et de la façon dont elle renforce des doutes permanents sur l'aptitude de la ville à protéger la santé publique²².

Ce sont surtout les représentants municipaux qui sont pointés du doigt pour ne pas avoir imposé légalement la pasteurisation du lait. Le commissaire à la santé de New York, en évaluant l'épidémie, rend hommage au travail de l'officier de santé de Montréal lors de sa tentative visant à enrayer l'épidémie, et il fait remarquer que le D^r Seraphim Boucher n'a pas été en mesure d'agir à cause d'un manque de pouvoir des représentants de la santé publique et de salaires insuffisants pour embaucher et maintenir en poste des agents de santé publique qualifiés. La gravité, l'ampleur et les effets économiques de l'épidémie de typhoïde de 1927 à Montréal poussent la Ligue antituberculeuse et sur l'état de santé général de Montréal à inviter un groupe d'experts en santé publique sans préjugés, ainsi que des hommes d'affaires et des professionnels indépendants pour mener une enquête approfondie sur les besoins en matière de santé de Montréal²³.

22 « Typhoïde in Montreal », *Public Health Journal*, vol. 18 (mars 1927) : pp. 149–150

23 « News Notes », *Public Health Journal*, vol. 18 (juin 1927) : p. 297; « Montreal's Typhoïde Epidemic », *Public Health Journal*, vol. 18 (août 1927) : pp. 399–400



Joseph Albert Baudouin

Progression de la santé publique à Montréal et établissement de centres de recherche sur les vaccins

D^r Joseph Albert Baudouin devient médecin hygiéniste de la ville de Lachine en 1909. En 1927, il devient président de La Société Médicale de Montréal et œuvre pour faire baisser le taux de mortalité infantile au Québec en établissant un lien entre le service de santé publique et les groupes de paroisse. Il fonde également une école de formation pour les infirmières hygiénistes qui sera intégrée plus tard à l'École d'hygiène de l'Université de Montréal. Sous la direction du D^r Baudouin, Montréal met en place plusieurs centres de recherche expérimentale pour étudier des méthodes de vaccination, en particulier pour la prévention contre la tuberculose et la diphtérie, ce qui lui a valu une invitation pour représenter le Canada à un congrès international sur le BCG en 1950.

(*Revue canadienne de santé publique*, vol. 50, 1959)

Le rapport crucial de l'enquête sur la santé de Montréal de 1929 témoigne d'une compréhension complexe et précoce de l'importance des statistiques et de la prise en compte du contexte social en matière de santé publique. Cette enquête compare le taux de mortalité et les dépenses de santé de la municipalité de Montréal aux données connexes de 12 villes américaines. Montréal se place clairement en dernière position. Ses dépenses de santé par habitant sont de 0,39 \$, tandis que celles de Pittsburgh, les plus élevées, totalisent 1,18 \$ et que celles de Philadelphie, dont les dépenses sont les plus faibles parmi les grandes villes des États-Unis, s'élèvent à 0,50 \$. Ce rapport préconise une

restructuration du ministère de la Santé, une augmentation du budget allant jusqu'à 0,91 \$ par habitant afin d'appuyer la santé dans les écoles, les services de laboratoire et de contrôle des maladies transmissibles, l'application stricte des règlements relatifs à l'alimentation et au lait et, enfin, une meilleure coopération avec les organismes de santé bénévoles. Les recommandations sont acceptées à l'unanimité par le conseil municipal de Montréal et la plupart d'entre elles sont mises en œuvre sur le champ. Certaines réformes, comme l'embauche d'inspecteurs-hygiénistes supplémentaires, d'infirmières de la santé publique et d'un bactériologiste sont entreprises avant l'enquête. Un éditorial du *Canadian Public Health Journal* décrit l'acceptation unanime, par la ville, du rapport d'enquête comme un événement crucial, tout en indiquant avec prudence qu'il reste encore énormément de tâches à accomplir²⁴.

Les éclosions de typhoïde et les autres maladies entériques montrent des lacunes dans le contrôle sanitaire des approvisionnements en lait. Ces éclosions, ainsi que la menace permanente de tuberculose due au lait, enflamment les débats entre les partisans du lait cru et les personnes qui préconisent une pasteurisation obligatoire. Les responsables de la santé publique placent les partisans du lait cru dans la même catégorie que les opposants à la vaccination, à la scolarisation obligatoire et aux lois sur le travail des enfants.

24 « The Montreal Health Survey », *Public Health Journal*, vol. 19 (novembre 1928) : pp. 532–533; « The Recommendations of the Montreal Health Survey Report », *Canadian Public Health Journal*, vol. 20 (avril 1929) : pp. 179–185; « The Montreal Health Survey », *Canadian Public Health Journal*, vol. 20 (avril 1929) : pp. 196–197; « Montreal Sets and Example », *Public Health Journal*, vol. 19 (juin 1928) : p. 278; Eugene Gagnon, « Notes on the Early History and Evolution of the Department of Health of Montreal », *Canadian Public Health Journal*, vol. 29 n° 5 (mai 1938) : p. 221

Selon un éditorial du *Canadian Public Health Journal*, certaines de ces personnes sont sans aucun doute animées par des motifs purement égoïstes, d'autres sont mal informées, mais, dans tous les cas, cette opposition semble fondée sur l'aversion inhérente des Anglo-Saxons pour toutes les mesures visant à limiter le droit au choix personnel²⁵.

École d'hygiène de Toronto et laboratoires d'antitoxines Connaught

L'extraordinaire histoire de la découverte de l'insuline par Frederick Banting et Charles Best à l'Université de Toronto en 1921 a bien été documentée. L'annonce des premiers patients diabétiques ayant reçu avec succès le nouvel extrait pancréatique se diffuse rapidement dans le monde entier en janvier 1922 et attire une attention sans précédent sur le Canada et l'Université de Toronto. John FitzGerald, directeur des laboratoires d'antitoxines Connaught, offre à Banting et à Best l'aide de son laboratoire pour étendre les méthodes de production et les essais cliniques.



Installations des laboratoires Connaught Antitoxin, Université de Toronto

25 « The Menace of Unsafeguarded Milk Supplies », p. 257

Neil E. McKinnon

Démontre l'efficacité de l'antitoxine diphtérique

En 1925, le D^r McKinnon est nommé au corps professoral du Département d'épidémiologie et de biométrie et devient également agrégé de recherche au sein de la société Connaught Laboratories. Avec la D^{re} Mary Ross, il entreprend des recherches sur l'efficacité de l'antitoxine diphtérique, principalement à partir des données contenues dans les dossiers d'immunisation de 36 000 enfants à Toronto, démontrant de manière non équivoque l'efficacité de l'antitoxine diphtérique dans la prévention de la diphtérie. En 1944, il est nommé professeur agrégé en épidémiologie et en biométrie, devenant également directeur du département et chercheur à la société Connaught Laboratories. Il réalise diverses enquêtes et études, portant en outre sur les tendances des taux de mortalité au Canada en raison de causes importantes, ses conclusions en matière de cancer lui ont valu une attention particulière sur la scène internationale.

(La revue canadienne de santé publique, vol. 53, juin 1962)

L'insuline a des effets majeurs sur la santé publique canadienne et l'infrastructure de recherche médicale, tout d'abord avec la création de la fondation de recherche Banting en 1924 et de l'École d'hygiène de l'Université de Toronto en 1927, consacrée à la recherche, à l'enseignement et au service public médical. Grâce à l'aide financière de la Fondation Rockefeller, l'École d'hygiène joue un rôle majeur en aidant à combler la demande croissante de main-d'œuvre qualifiée en santé publique. À la fin de cette période, beaucoup d'autres

universités canadiennes commencent aussi à offrir des programmes d'études supérieures en santé publique.

En 1924, J. G. FitzGerald, des laboratoires d'antitoxines Connaught, rencontre, à Paris, le D^r Gaston Ramon de l'Institut Pasteur qui lui raconte comment il a traité la toxine diphtérique en la chauffant et en l'exposant à l'action du formol afin de la neutraliser tout en provoquant une réaction immunitaire. FitzGerald envoie un télégramme de Paris à Toronto et demande au D^r Peter J. Moloney, scientifique des laboratoires d'antitoxines Connaught, de développer l'anatoxine diphtérique et d'effectuer des essais sur celle-ci, posant ainsi les premières pierres d'un programme d'immunisation moderne. Les laboratoires d'antitoxines Connaught et les gouvernements provinciaux entreprennent des essais pratiques avec l'anatoxine diphtérique sur des enfants d'âge scolaire de l'Ontario et de la Saskatchewan de 1925 à 1927. Très rapidement, le Canada devient le chef de file mondial de la production de l'anatoxine diphtérique et des essais sur celle-ci, et fournit la première preuve statistique de l'importance des vaccins inactivés pour la prévention de maladies spécifiques. L'anatoxine s'avère sécuritaire et efficace, et les cas de diphtérie commencent à chuter de manière significative au Canada et dans les autres pays.

La vaccination contre la diphtérie a lieu dans l'ensemble du pays. Elle est appuyée par des campagnes de publicité élaborées, et la réaction populaire est en général très positive, surtout si on la compare à l'opposition à l'égard de la vaccination contre la variole. En mai 1926, Maurice Seymour, sous-ministre de la Santé de la Saskatchewan, lance une initiative visant



Exercices
d'entraînement
musculaire, 1928

à augmenter les taux de vaccination à l'aide de campagnes d'immunisation et de sensibilisation bien coordonnées et centrées. En septembre et en octobre, les campagnes visent la vaccination contre la diphtérie, en novembre et en décembre, la variole, et en janvier et en février, la typhoïde²⁶.

Poliomyélite

Par rapport au contrôle réussi de la diphtérie, les cas de poliomyélite (souvent appelé « polio » par abréviation) augmentent de manière significative, tout d'abord en Colombie-Britannique et en Alberta en 1927, au Manitoba en 1928, en Ontario en 1929 et au Québec en 1930. La polio est encore souvent appelée « paralysie infantile », bien que cette nouvelle maladie étrange ne frappe pas que les nourrissons. Une revue intitulée *Death Walks in Summer* demande avec insistance aux parents d'être à l'affût de tous les signes puisque personne ne peut prédire si la maladie évoluera de façon bénigne ou entraînera une paralysie irrémédiable²⁷.

La seule arme dont on dispose contre la polio est alors un sérum de « convalescence » humain

composé de sang recueilli auprès de victimes de cette maladie. Bien que ses effets ne soient pas clairs, ce sérum est offert librement dans la plupart des provinces pour lutter contre les effets paralysants de la polio. Le ministère de la santé publique de l'Alberta fait très peu d'efforts pour utiliser le sérum en 1927, reconnaissant que le public, malgré les efforts significatifs de sensibilisation du ministère, ne se rend pas compte de l'importance des premiers symptômes et n'appelle souvent le médecin que lorsque la paralysie se déclare. La province de l'Alberta impose une fermeture des écoles, une quarantaine ainsi que des restrictions sur les rassemblements publics et les déplacements des enfants²⁸.

La province du Manitoba intervient en sensibilisant le public par la promotion de l'utilisation précoce du sérum de convalescence, témoignant ainsi d'une meilleure connaissance de la recherche actuelle, et indique que l'isolement et la fermeture des écoles sont des mesures d'une efficacité incertaine²⁹. Le Manitoba mobilise les journaux et la radio afin d'éviter la panique publique. Rien n'est écarté; la gravité de la situation n'est pas minimisée, mais aucune histoire alarmiste ni déclaration exagérée n'est imprimée³⁰. L'Ontario adopte une approche similaire à celle du Manitoba tandis que la polio continue de se propager d'ouest en est.

26 « News Notes », *Public Health Journal*, vol. 15 (septembre 1924) : p. 434; Claude E. Dolman, « Landmarks and Pioneers in the Control of Diphtheria », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 64 (juillet-août 1973) : pp. 317-336; Jane Lewis, « The Prevention of Diphtheria in Canada and Britain », *Journal of Social History*, vol. 20 (1986) : pp. 163-76; Nan B. D. Hendrie, « Diphtheria Prevention Campaign (City of Calgary) », *Canadian Nurse*, vol. 22 (mai 1926) : pp. 252-253

27 A. R. Foley, « The Present Outbreak of Poliomyelitis in Quebec », *Canadian Public Health Journal*, vol. 23 (octobre 1932) : pp. 494-497; A. R. Foley, « The 1932 Epidemic of Poliomyelitis in Quebec », *Canadian Public Health Journal*, vol. 25 (juin 1934) : pp. 260-274

28 R. B. Jenkins, « Some Findings in the Epidemic of Poliomyelitis in Alberta, 1927 », *Canadian Public Health Journal*, vol. 20 (mai 1929) : pp. 219-224

29 Ministère de la Santé et du Bien-être du Manitoba, *Report on the Poliomyelitis Epidemic in Manitoba, 1928* (Winnipeg, février 1929), p. 71

30 Day, « Poliomyelitis in Manitoba in 1928 », p. 555; MDHPW, *Report on the Poliomyelitis Epidemic in Manitoba, 1928*, pp. 71-72; M. M. Seymour et W. J. Bell, « Convalescent Serum in Epidemic Poliomyelitis », *Canadian Public Health Journal*, vol. 19 (octobre 1928) : pp. 480-483

Le gouvernement de l'Alberta est le premier à répondre aux répercussions physiques et économiques à long terme de la polio par un traitement et un suivi hospitaliers spécialisés des enfants touchés, après une étude sur 131 patients. Un hôpital spécialisé en paralysie infantile de 60 lits est construit près de l'hôpital de l'Université de l'Alberta à Edmonton en 1928 et comprend des spécialistes en orthopédie. Il fournit un traitement spécialisé à prix coûtant pour tous les cas provinciaux, et une aide financière dans certains cas de nécessité.

Dépression et fin de l'essor de la santé publique

Le krach boursier de 1929 a des répercussions négatives sur la prestation de services liés à la santé publique et de services liés aux soins actifs au cours de la décennie suivante, et la disparité entre les niveaux de services en milieu urbain et en milieu rural s'aggrave dans les années 1930. L'industrialisation et la modernisation ralentissent également au cours de la décennie suivante, tout comme l'essor des services et de l'infrastructure de santé publique.