

**La santé publique : Une histoire canadienne** [Version imprimable de ce chapitre](#)

<b>Une période de déclin</b> .....	4.1
<b>Bien-être infantile et maternel</b> .....	4.3
<b>Nutrition, salubrité alimentaire et pasteurisation</b> .....	4.5
<b>Tuberculose et Affaires indiennes</b> .....	4.7
<b>Maladies infectieuses</b> .....	4.9
<b>Propagation de la polio</b> .....	4.10
<b>Automobiles et accidents</b> .....	4.11
<b>Professionnalisation de la santé publique canadienne</b> .....	4.13
<b>Rôle du gouvernement fédéral</b> .....	4.14



## La santé publique : Une histoire canadienne

# Une période de déclin

Le krach boursier d'octobre 1929 et la grande crise qui s'ensuit ont un effet dévastateur sur l'économie canadienne. La dépense nationale brute chute d'environ 42 % de 1929 à 1933, et une part importante de la population dépend de l'aide gouvernementale. Les exigences imposées au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux dépassent largement les ressources disponibles, et les organismes bénévoles qui fournissent traditionnellement des services de santé et des services sociaux gratuits sont également aux abois.



Medicine Hat and District Historical Society, archives provinciales de l'Alberta, A5150

[Cliquez pour agrandir l'image](#)

*La marche sur Ottawa, Medicine Hat, Alb., 1935*



© Musée McCord, MP-1980.32.1.233

[Cliquez pour agrandir l'image](#)

*Enfants ruraux à Gaspé, 1930*

Comme le gouvernement fédéral réduit les dépenses de santé, les provinces et les municipalités doivent combler les écarts budgétaires, et certaines régions du pays s'en sortent mieux que d'autres. Le Québec dépend de l'aide de ses organisations religieuses bien établies, et l'Ontario négocie un régime de soins avec ses médecins. Malgré un taux de chômage très élevé, ces deux provinces s'en sortent mieux que le reste du pays grâce à leur économie plus diversifiée et industrialisée. Le déclin de l'économie des provinces Maritimes, qui a commencé dans les années 1920, se poursuit, mais la récession touche le plus durement les quatre provinces de l'Ouest, dont l'économie agricole et l'économie fondée sur les ressources sont dévastées par l'effondrement des marchés

mondiaux. De plus, une grosse sécheresse s'abat sur les Prairies. Les cités et les villes ont des difficultés à fournir des services de santé publique, même de base, tandis que le gouvernement fédéral ouvre des camps de travail destinés aux chômeurs où le salaire est de 0,20 \$ par jour. Des centaines de personnes tentent de quitter la Colombie-Britannique pour se rendre à Ottawa afin de protester contre leurs conditions de vie désastreuses, mais le premier ministre R. B. Bennett leur refuse l'accès aux voitures de train. En 1935, deux personnes meurent lorsqu'une manifestation, le 1<sup>er</sup> juillet, se transforme en émeute à Regina, et des partis politiques de gauche ainsi que des organisations syndicales commencent à organiser les classes ouvrières. Les immigrants étrangers sont expulsés par milliers et l'arrivée au Canada de nouveaux immigrants est essentiellement limitée aux Britanniques et aux Américains.

Tandis que la crise économique s'aggrave, le *Canadian Public Health Journal* réclame un financement adéquat des services de santé publique, faisant valoir que les économies réalisées à court terme seront finalement compensées par le coût de l'augmentation du nombre de malades et de morts. Quelques services de santé sont créés, y compris ceux de North Vancouver (1930), de High River et de Red Deer (1931), mais le rythme de croissance ralentit. La *Loi sur les services de santé* de 1933 du Québec impose l'ouverture permanente de tous les services de santé actuels et autorise l'ouverture de nouveaux services dans d'autres comtés, tout en faisant des progrès importants en matière de prévention des maladies infectieuses, de santé infantile et de génie sanitaire. L'Ontario restructure son ministère de la Santé en 1934 en divisant la province en districts de santé et en modifiant sa *Loi sur la santé publique* afin de permettre aux comtés, aux municipalités ou aux districts de s'unifier pour fournir des services de santé à temps plein. La province crée son premier service de santé de comté à temps plein dans l'est de l'Ontario en 1934, grâce à une aide sur cinq ans de 33 000 \$ de la Fondation Rockefeller<sup>1</sup>.



### John M. Uhrich

*Premier ministre de la Santé publique de la Saskatchewan*

Le D<sup>r</sup> Uhrich a été le premier ministre de la Santé publique de la Saskatchewan. En 1921, il est élu à l'Assemblée législative provinciale et nommé secrétaire provincial et ministre chargé du Bureau of Public Health. Il est par la suite nommé ministre des Travaux publics et de la Santé publique. Pendant près de 20 ans sous la direction du D<sup>r</sup> Uhrich, les réalisations dans le domaine de la santé publique ont été marquées par un développement important des services de santé à travers la province, et ce, en dépit de préoccupations économiques pressantes. Des traitements gratuits pour tous les malades de la tuberculose ont été distribués sous sa direction, faisant ainsi de la Saskatchewan, la province présentant les taux de mortalité liés à la tuberculose les plus bas du Commonwealth. Aussi, on a observé une augmentation des hôpitaux en région rurale, des services médicaux et de santé, et la Saskatchewan était devenue une figure de proue dans la lutte contre le cancer. Le D<sup>r</sup> Uhrich est nommé lieutenant-gouverneur en 1948.

*(La Revue canadienne de santé publique, vol. 31, 1940)*

## La santé publique : Une histoire canadienne

Le domaine de la santé publique s'élargit en termes de spécialités et de professionnalisme, de collecte de données statistiques et de normes de formation. Les normes d'éducation, de certification et de formation se renforcent en matière de santé publique, en particulier en ce qui a trait aux infirmières et aux inspecteurs. Quand l'économie commence à se redresser dans la deuxième moitié de la décennie, le gouvernement fédéral, le Conseil fédéral d'hygiène et l'Association canadienne de santé publique commencent à élargir l'éventail de leurs intérêts et de leurs activités.

### Bien-être infantile et maternel



Archives provinciales de l'Alberta, A4615

 [Cliquer pour agrandir l'image](#)

Infirmière Olga Freifeld, 19— Les enjeux du bien-être maternel font l'objet d'importantes discussions au sein du Conseil fédéral d'hygiène dans les années 1930, tandis que le taux national des naissances et des mariages décline et que beaucoup de personnes essayent d'avoir moins d'enfants pendant la Crise. Le contrôle des naissances est illégal et les partisans de la planification familiale réclament en vain un allègement des restrictions imposées en matière de contraception.

De plus en plus de femmes accouchent dans les hôpitaux et non plus à la maison, et de plus en plus de médecins se spécialisent en obstétrique. Selon H. B. Van Wych, médecin de Toronto, l'obstétrique n'est plus la pratique méprisée des sages-femmes : c'est une discipline entièrement scientifique, un domaine dans lequel les concepts modernes de médecine et de chirurgie s'appliquent de façon très bénéfique à la fonction de reproduction<sup>2</sup>. La mortalité maternelle lors des accouchements à domicile est cependant beaucoup moins élevée que pour les



### William Warwick

*Il a développé le ministère de la Santé publique au Nouveau-Brunswick*

Le D<sup>r</sup> Warwick a rejoint le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick en 1920

après une longue expérience de travail et service en santé publique en France durant la Première Guerre mondiale. En 1932, le D<sup>r</sup> Warwick devient le Chef du service médical de la province. Sous sa direction, l'appui du ministère s'est accru, ouvrant la porte pour la subdivision de la province en 10 districts de santé, chacun sous la direction d'un médecin à plein temps. L'inspection médicale des écoles a été instituée et les efforts pour contrôler la tuberculose furent considérablement renforcés par l'ajout d'hôpitaux et la nomination de médecins ayant une formation spéciale en tuberculose et exerçant les fonctions d'agents de santé de district. Le D<sup>r</sup> Warwick a été le registraire général des statistiques de l'état civil.

*(La Revue canadienne de santé publique, vol. 33, 1942)*

## La santé publique : Une histoire canadienne

Table des matières

Lexique

Profils

Notes en fin d'ouvrage

Mentions de source

Joindre l'ACSP

accouchements à l'hôpital, même lorsqu'aucun médecin n'est présent. En 1937, le Canada se classe à la 21<sup>e</sup> place dans une comparaison internationale de la mortalité maternelle, et les statistiques canadiennes témoignent de grandes variations entre les régions et les origines ethniques. Par exemple, le taux de mortalité maternelle en 1927, pour 1 000 naissances vivantes, est de 4,9 chez les Canadiens français, de 6,1 chez les Canadiens anglais et de 11,0 chez les Canadiens autochtones<sup>3</sup>. Bien qu'on ait beaucoup débattu des raisons pour lesquelles ces taux de mortalité maternelle pendant les accouchements sont très élevés, il semble qu'ils soient liés à une formation inadéquate des médecins en obstétrique et aux pratiques insuffisantes de prévention de la sepsie, comme la stérilisation des instruments et le port de gants pendant les accouchements<sup>4</sup>.

Selon le D<sup>r</sup> John Robb, député provincial de l'Ontario, le taux élevé de mortalité maternelle de la province en 1930 pourrait être dû au régime à temps partiel de la plupart des agents de santé. En effet, le *Canadian Public Health Journal* indique que, la présence d'un représentant de santé à temps plein accompagné d'infirmières et d'inspecteurs-hygiénistes pour superviser un comté ou une partie de celui-ci permettrait de réduire considérablement le taux de mortalité maternelle et serait aussi extrêmement utile dans le domaine plus vaste de la médecine préventive<sup>5</sup>.

Même si elles ont été sévèrement touchées par la Crise, les provinces de la Saskatchewan et du Manitoba parviennent à réduire leur taux de mortalité maternelle au cours des années 1930. Celui du Manitoba passe de 6,8 pour 1 000 naissances vivantes en 1929 à 3,8 pour 1 000 naissances vivantes en 1934. Quant à la Saskatchewan, elle voit son taux passer de 7,1 en 1926 à 4,4 en 1934. Une étude de 1938 montre que le nombre de décès maternels commence à chuter en 1937, probablement en raison d'améliorations à l'éducation en matière de nutrition et à l'éducation des mères<sup>6</sup>.

**Edna Lena Moore**

*Figure de proue de la profession d'infirmière*

M<sup>me</sup> Edna Lena Moore connaît une carrière aussi longue que diversifiée à titre d'infirmière. Durant la Première Guerre mondiale, elle se joint au Corps de santé royal canadien et y œuvre pendant quatre ans, notamment en France, à Malte, à Salonique, puis en Angleterre. Elle travaille pendant de nombreuses années comme infirmière et intervenante sociale dans le cadre du programme de la réintégration des combattants à la vie civile, et aussi au Department of Preventable Diseases, au ministère de la Santé de l'Ontario. Elle est la première infirmière de terrain de l'Association pulmonaire canadienne, à Ottawa; en 1931, elle est nommée infirmière-hygiéniste en chef de la section ontarienne de santé mère-enfant et de soins infirmiers en santé publique. Lorsque les soins infirmiers en santé publique sont constitués en entité distincte en 1944, M<sup>me</sup> Moore y est nommée au poste de directrice générale. Elle a également siégé dans de nombreux et a présidé pendant sept ans le Comité de santé publique du Conseil international des infirmières et infirmiers.

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

## La santé publique : Une histoire canadienne

### Nutrition, salubrité alimentaire et pasteurisation

Le Comité national de nutrition, baptisé plus tard Conseil canadien de la nutrition, est créé pendant la Crise afin d'établir une norme nutritionnelle scientifique pour veiller à ce que les familles recevant une assistance puissent se nourrir de façon adéquate avec les sommes restreintes qu'elles perçoivent. Avant que le Conseil publie les premières normes alimentaires du Canada en 1939, le Conseil fédéral d'hygiène fait remarquer, en 1937, que les gens sont très amers et ils déclarent qu'ils ne peuvent pas vivre à cause de l'augmentation des prix. Nous serions donc très favorables à une étude scientifique qui déterminerait ces facteurs et permettrait à nos organismes gouvernementaux de parvenir à un certain terrain d'entente<sup>7</sup>.

Le lait de vache est de plus en plus considéré comme un nutriment essentiel et, s'il n'est pas pasteurisé, c'est un vecteur efficace pour la propagation des maladies infectieuses. La législation en matière de contrôle laitier varie largement dans l'ensemble du pays, et si la pasteurisation est citée de manière spécifique, c'est aux bureaux de santé locaux de l'appliquer, bien que les gouvernements provinciaux exercent certains pouvoirs en attribuant des licences aux fournisseurs et aux marchands de lait<sup>8</sup>.



Saroff Pasteur Limitée, campus Connaught, archives

[Cliquez pour agrandir l'image](#)

*Ministère de la Santé de Hamilton, début des années 1930*

## La santé publique : Une histoire canadienne



Musée Glenbow, NA-3258-3

*Des voitures-hôpital sur la voie de la Compagnie de la Baie d'Hudson cueillaient des patients atteints de typhoïde, 1929*

Les éclosions de typhoïde et les maladies entériques similaires témoignent des lacunes des contrôles sanitaires, en particulier en ce qui concerne les approvisionnements laitiers, et la transmission de la tuberculose par le lait conduit à une revendication croissante de la pasteurisation obligatoire. Une épidémie majeure de typhoïde causée par du fromage au lait cru (c'est-à-dire du lait non pasteurisé) dans la région de la Vallée du Saint-Maurice, au Québec, en 1932, provoque la contamination de 527 personnes et 45 décès, ce qui est la pire épidémie transmise par le lait depuis la crise de Montréal en 1927. Pour les

représentants de la santé publique, les partisans du lait cru sont peu différents des opposants à la vaccination, à la scolarisation obligatoire et aux lois contre le travail des enfants. Selon un éditorialiste 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 personnel<sup>9</sup>.

En 1936, 95 % de l'approvisionnement local en lait de 12 villes de plus de 20 000 habitants sur 32 est pasteurisé, contre 50 % ou moins dans 6 autres villes. Dans la plupart des petites collectivités de la nation, le lait reste en grande partie non pasteurisé<sup>10</sup>. Près de 8 000 cas de typhoïde, de scarlatine, d'angine streptococcique et de brucellose (Fièvre ondulante) dus au lait ont été recensés depuis 1912, dont 688 cas mortels. L'Association canadienne de santé publique et l'Association médicale canadienne préconisent fortement la pasteurisation obligatoire et, en 1938, le gouvernement de l'Ontario prend l'initiative inédite de rendre la pasteurisation obligatoire dans toute la province<sup>11</sup>.

## Tuberculose et Affaires indiennes

Les autorités sanitaires provinciales continuent de s'inquiéter du risque de propagation de la tuberculose dans les populations non autochtones tandis que le gouvernement fédéral reste passif. Des études récentes montrent que le taux de mortalité due à la tuberculose dans les Premières nations en Colombie-Britannique est 10 fois plus élevé que le taux national, tandis qu'en Saskatchewan, le taux de mortalité des Autochtones due à la tuberculose est presque 20 fois plus élevé que le taux national. La Saskatchewan offre des traitements gratuits depuis 1929, et le sous-ministre de la Santé de la province déclare devant le Conseil fédéral d'hygiène en 1934 que les populations vivant dans les réserves régies par le gouvernement fédéral constituent une menace pour la santé des citoyens blancs de la province<sup>12</sup>.

Le Conseil fédéral d'hygiène conseille au gouvernement fédéral de se procurer des services de santé pour les Premières nations auprès des provinces. Le **D<sup>r</sup> John Heagerty**, médecin hygiéniste en chef du gouvernement fédéral, déclare devant le Conseil qu'étant donné la présence de nombreuses réserves sur l'ensemble du territoire, il est impossible pour le ministère des Affaires indiennes de maintenir, à partir d'un bureau central, un service de santé adéquat avec des infirmières et des médecins itinérants qui occupent leurs fonctions à temps partiel et ne peuvent pas fournir de service efficace en matière de prévention des maladies infectieuses<sup>13</sup>.



Soeurs de l'Assomption de la Sainte Vierge, archives provinciales de l'Alberta, A17205

[Cliquez pour agrandir l'image](#)

*Des sœurs de l'Assomption en compagnie d'élèves autochtones à Onion Lake, Sask.*

### M. Stuart Fraser

*Médecin-hygiéniste chevronné, voué à l'atténuation de la souffrance des enfants au Manitoba*

D<sup>r</sup> Fraser est diplômé de la faculté de Médecine de l'Université du Manitoba en 1890 et entreprend ses études postdoctorales à Edinburgh. Il exerce en pratique générale à Brandon pendant quelques années, puis est nommé au poste d'épidémiologiste en chef de la province du Manitoba. En 1917, il établit le premier service sanitaire provincial de santé publique et fut nommé au poste de médecin-hygiéniste en chef de la province en 1928.

D<sup>r</sup> Fraser fait partie d'un groupe restreint de médecins-hygiénistes chevronnés qui contribuent à la fondation d'une organisation de santé publique digne de ce nom. Il travaille d'arrache-pied à l'atténuation de la souffrance des enfants. Tant sur la place publique que dans des articles publiés dans divers quotidiens, il déplore la souffrance subie par de nombreux enfants, préconisant un suivi constant de ces enfants par leur médecin de famille, la mise sur pied de cliniques de santé pédiatrique, et l'embauche d'infirmières-hygiénistes en santé publique pour desservir l'ensemble du territoire de la province.

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

En 1935, la Direction générale des services de santé des Affaires indiennes compte 11 médecins à temps plein et 8 agents autochtones possédant une formation médicale. Près de 250 médecins sont employés à temps partiel ou au besoin, et 11 infirmières régionales travaillent dans des postes de soins infirmiers éloignés, comme le poste de Fisher River, au Manitoba, qui est ouvert en 1930. À compter de 1936, le Service de santé des indiens est administré par le ministère de l'Énergie, des Mines et des Ressources et commence à élargir ses services et à accroître ses installations sous la direction du D<sup>r</sup> Percy E. Moore, qui dirige le service de 1939 à 1965, tandis que le D<sup>r</sup> Stone reste surintendant médical<sup>14</sup>.

Un certain nombre de provinces souhaitent fournir des services de santé au ministère des Affaires indiennes, et certaines proposent d'offrir cette aide aux Autochtones gratuitement, pour leur propre protection. Toutefois, Heagerty indique que le gouvernement fédéral ne veut pas perdre son contrôle sur les Indiens et qu'il n'autorisera pas les autorités sanitaires provinciales à pénétrer dans les réserves, ce qui entraîne une certaine négligence de la santé publique chez les Indiens. Les représentants de la santé de la Saskatchewan essayent de faire ce qu'ils peuvent dans leur province pour donner aux communautés des réserves au moins quelques miettes de ce qui tombe de la table provinciale et les fonds levés lors de la campagne du Timbre de Noël de la Société contre la tuberculose de la Saskatchewan permettent d'aider les cliniques itinérantes de soins contre la tuberculose auxquelles certaines communautés des Premières nations peuvent avoir accès, bien que le taux de tuberculose chez ces communautés reste élevé. Le ministère des Affaires indiennes indique qu'en raison de son budget limité, on ne peut admettre au sanatorium qu'une partie très restreinte des Indiens qui doivent recevoir ces soins<sup>15</sup>.



### Armand Frappier

*Un pionnier dans la lutte contre la tuberculose au Canada*

D<sup>r</sup> Frappier fonde l'Institut de microbiologie et d'Hygiène à Montréal en 1938 et y siège à titre d'administrateur jusqu'en 1975, au cours de laquelle l'institut est rebaptisé Institut Armand-Frappier. D<sup>r</sup> Frappier a été très actif dans la lutte contre la tuberculose au Canada et l'un des premiers chercheurs à confirmer l'innocuité et l'efficacité du vaccin contre le bacille de Calmette-Guérin (BCG). En plus de ses recherches dans la mise au point du vaccin BCG, D<sup>r</sup> Frappier a mis son expertise à contribution dans l'étude des transfusions sanguines et des substituts sanguins, des vaccins contre des virus, ainsi qu'en recherche fondamentale sur les infections et l'immunité. Il fonde la première école d'hygiène francophone au monde à l'Université de Montréal en 1945 et y occupe le poste de doyen pendant 20 ans.

*(Revue canadienne de santé publique, vol. 64, mars/avril 1974)*

## La santé publique : Une histoire canadienne



Sandif Pasteur Limitée, campus Comaught, archives

### Maladies infectieuses

Les éclosions de diphtérie se poursuivent dans les zones rurales à cause de l'administration limitée et irrégulière de l'anatoxine. Le Québec se mobilise en 1930 pour distribuer l'anatoxine diphtérique dans les services de santé de comté, et le D<sup>r</sup> Lessard, sous-ministre de la Santé, déclare au Conseil fédéral d'hygiène qu'il espère que, dans quelques années, nous n'éprouverons aucune honte, comme c'est le cas aujourd'hui, en ce qui concerne le taux de mortalité due à la diphtérie<sup>16</sup>. En Ontario,

 [Cliquer pour agrandir l'image](#)

les cas de diphtérie chutent de manière significative dans les endroits où l'anatoxine est administrée de façon continue. Toutefois, cela ne concerne pas de nombreuses zones rurales.

Les éclosions de variole perdurent également, à la grande frustration des représentants de la santé publique. À Vancouver, en 1932, une légère épidémie de variole mène rapidement à une situation d'urgence majeure et fait 56 malades et 17 morts. Au moins la moitié de la population scolarisée et une grande partie de l'ensemble de la population de Vancouver n'est pas vaccinée.

Pendant ce temps, Gordon Bates continue d'insister sur la question des maladies vénériennes pendant les années 1930, rappelant à ses collègues de la santé publique l'existence du programme national dynamique de contrôle des maladies vénériennes des années 1920

 [Cliquer pour agrandir l'image](#)

### DIPHTHERIA TOXOID



Sandif Pasteur Limitée, campus Comaught, archives

### Alexander Joseph Douglas

*Quarante années passées au service de la santé publique à Winnipeg*

En 1939, D<sup>r</sup> Douglas avait brillamment exercé ses fonctions pendant presque 40 ans en qualité de médecin hygiéniste de la ville de Winnipeg. Il a apporté à ce poste de l'énergie, une variété de talents, une lucidité, de la diplomatie et une remarquable attention au détail. Son travail pour le compte du service de la Santé de Winnipeg a mérité la reconnaissance de tout le continent. D<sup>r</sup> Douglas entretenait des relations très étroites avec le collège médical de l'Université du Manitoba pendant une période presque tout aussi longue. À titre de professeur en santé publique, il a énormément apporté non seulement au Manitoba, mais à toutes les autres provinces.

*(Revue canadienne de santé publique, vol. 30, 1939)*

## La santé publique : Une histoire canadienne

4.10

et déplorant son annulation. Il continue de mener des études sur les cas de maladies vénériennes, en particulier à Toronto, où l'on constate, de 1929 à 1937, un déclin des cas de syphilis et un diagnostic amélioré de la syphilis. Au printemps 1936, Bates crée la Ligue canadienne de santé, qui succède au Conseil canadien de lutte contre les maladies vénériennes, et se concentre sur la lutte contre la diphtérie, la pasteurisation du lait et l'application de la médecine préventive.



Archives de l'Hôpital des enfants malades, Toronto

### Propagation de la polio

La polio continue de se propager d'ouest en est, et des épidémies importantes frappent l'Ontario en 1930, Montréal en 1931 et la Ville de Québec en 1932. L'épidémie de polio se propage et, en 1937, on constate un nombre alarmant de cas présentant la forme la plus grave de la maladie, où le virus de la polio attaque les motoneurons du tronc cérébral. Sans poumon d'acier, les personnes atteintes décèdent presque toujours de la maladie. Au début de l'épidémie, il n'y a, au Canada, qu'un seul poumon d'acier. Celui-ci provient de Boston et est confié à l'hôpital pour enfants de Toronto en 1930. À la suite de l'augmentation du nombre de cas graves



The Provincial Department of Health supplied all Poliomyelitis patients suffering from paralysis with splints and frames designed and built in our workshop.

Rapport annuel, 1937, Hôpital des enfants malades, Toronto

[Cliquer pour agrandir l'image](#)

*L'un des 27 poumons d'acier construits dans le sous-sol de l'Hôpital des enfants malades de Toronto au cours d'une des plus graves épidémies de polio au Canada en 1937*

de paralysie respiratoire, les techniciens assemblent en 6 semaines 27 poumons d'acier dans le sous-sol de l'hôpital. Chaque poumon, payé par le gouvernement de l'Ontario, est expédié aux endroits les plus urgents, dans la province et ailleurs au pays.

[Cliquer pour agrandir l'image](#)

L'administration du sérum de convalescence reste la principale mesure de santé publique dans les années 1930, bien que son utilité ne soit pas prouvée sur le plan scientifique, ce qui suscite des débats sur son usage permanent. Les chercheurs savent peu de choses sur la maladie et des pressions afin que toutes les mesures possibles soient prises. En 1937, le ministère de la Santé de l'Ontario approuve un plan, mené en partenariat avec l'École d'hygiène et l'hôpital pour enfants, visant à tester un vaporisateur nasal prophylactique sur 5 000 enfants de Toronto. Après deux périodes de traitement par vaporisateur, les résultats sont déplorables. Celui-ci ne semble pas freiner la maladie, et bon nombre d'enfants participant à cette étude perdent le sens de l'odorat, dans certains cas de façon permanente.

Les gouvernements provinciaux adoptent une démarche de plus en plus généreuse et universelle vis-à-vis du traitement hospitalier et du suivi des personnes atteintes de poliomyélite. On explique aux parents des victimes comment ils doivent soigner leur enfant à domicile après son hospitalisation. En Ontario, le gouvernement provincial travaille en partenariat étroit avec la Société pour les enfants infirmes et plusieurs organisations d'infirmières visiteuses afin de fournir des soins de suivi dans toute la province. En Alberta, une loi générale sur les personnes atteintes de poliomyélite entre en vigueur en mars 1938, bien que le gouvernement soit attaqué de façon plutôt virulente par bon nombre de ses opposants politiques pour avoir donné quelque chose en échange de rien<sup>17</sup>.

### Automobiles et accidents

On recueille des statistiques détaillées sur le nombre déplorables d'accidents évitables qui se sont produits dans l'industrie et au cours d'accidents de véhicules motorisés, mais malgré des discussions nombreuses, rien n'est fait. En 1933, plus de 5 % de

#### John J. MacRitchie

*Pionnier de la santé publique en Nouvelle-Écosse*

Le Dr John MacRitchie est né en 1883 à Englishtown, au cap Breton. Après ses études en médecine à l'Université Dalhousie en 1911, il exerce en pratique privée à Goldboro dans le comté de Guysboro pendant vingt ans. Il réalise qu'il avait sans doute été la seule personne ayant exercé la profession médicale à s'être rendu auprès de ses patients en empruntant autant de divers moyens de locomotion : à la marche, en raquette, en carrosse à cheval, en traîneau à cheval, en bateau à moteur, en voilier, en chaloupe et, en dernier, en automobile. En 1931, le Dr MacRitchie rejoint le ministère de santé publique de la Nouvelle-Écosse où il reste pour près d'un quart de siècle. Il organise des cliniques de tuberculose dans tous les comtés de la province et il est également chargé à l'époque de l'inspection médicale des établissements carcéraux et caritatifs.

*(La Revue canadienne de santé publique, vol. 47, 1956)*

## La santé publique : Une histoire canadienne

Table des matières

Lexique

Profils

Notes en fin d'ouvrage

Mentions de source

Joindre l'ACSP

la totalité des décès sont dus à des causes accidentelles et plus d'un quart de ceux-ci sont liés au transport routier. Le nombre des noyades et des accidents liés au transport par voie navigable est aussi élevé; les décès accidentels sont la principale cause de mortalité chez les enfants de 5 à 14 ans.

Dans les années 1930, il existe un code de la route, mais la réglementation des automobilistes est minime au Canada, contrairement à la Grande-Bretagne et à l'Europe, où il faut passer un examen de conduite avant d'obtenir un permis. Un comité spécial de l'Association canadienne de santé publique est créé pour examiner la réglementation sur les automobilistes de même que les facteurs psychologiques complexes des habitudes de conduite imprudentes et irresponsables, en particulier chez les jeunes. Les ministères provinciaux de la Santé n'ont aucune compétence directe en matière de prévention des accidents automobiles, et le problème s'aggrave plus rapidement que ne sont appliquées les mesures préventives.

Comme on le fait remarquer dans un éditorial du *Canadian Public Health Journal* de 1936, on laisse des personnes irresponsables conduire des camions de cinq tonnes à une vitesse incroyable sur des routes étroites. On met des voitures pouvant atteindre 70 milles par heure à la disposition de jeunes gens dix ans seulement après qu'ils ont quitté leur voiture d'enfant, et quelques personnes altruistes tentent de contrôler ce monstre qu'elles ont aidé à créer. Des groupes bénévoles tentent d'agir, mais il existe un laissez-faire chez les personnes qui sont, ou devraient être, les plus concernées, c'est-à-dire le grand public lui-même<sup>18</sup>.

**Lynn Blair**

*Infirmière hygiéniste itinérante qui a exercé ses fonctions dans l'administration de Manitoba pendant 41 ans*

M<sup>me</sup> Blair était l'une des premières infirmières embauchées dans le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social au Manitoba en 1929. En 1937, M<sup>me</sup> Blair a été affecté à l'unité de soins infirmiers à Fisher Branch dans le centre-nord du Manitoba, où en plus de ses tâches d'infirmière, elle était forcée de travailler comme médecin et vétérinaire remplaçante. Elle décrit cette période comme étant l'une des plus épanouissantes et enrichissantes de sa carrière d'infirmière hygiéniste. M<sup>me</sup> Blair et une collègue parcourent en moyenne 1600 kilomètres par semaine à la recherche de familles convenables prêtes à accueillir dans leurs foyers des enfants évacués à la suite de la guerre qui sévit en Grande-Bretagne, en voyageant dans des routes qui étaient à certains endroits à peine des sentiers. Elle s'est portée bénévole dans le Service de santé de l'Armée royale canadienne comme étant une infirmière militaire en Afrique du Sud pendant trois ans avant d'être affectée à plusieurs unités de soins infirmiers au Manitoba, y compris le travail avec des enfants mutilés dans des zones qui ne sont pas couvertes par des services de santé organisés et comme infirmière-conseil en ce qui concerne les infections transmissibles sexuellement pour la province.

*(Revue canadienne de santé publique, mars/avril 1975)*

## Professionnalisation de la santé publique canadienne

Lors d'une réunion de l'association médicale britannique à Winnipeg, en 1930, le Dr James Roberts, agent de santé de Hamilton, fait part de ses préoccupations sur la formation et la réglementation des inspecteurs-hygiénistes. Dans beaucoup trop de cas, dans l'ensemble du gouvernement fédéral, l'inspecteur-hygiéniste est une Cendrillon du ministère de la Santé qui rêve des cendres du passé. Nous le trouvons trop souvent contraint, tel Sisyphe, à accomplir régulièrement des tâches inutiles et improductives, et les

*Inspecteur hygiéniste de l'époque*

limites de son éducation et de sa formation l'empêchent de jouer le rôle crucial qui devrait être le sien dans la machine de la prévention des maladies<sup>19</sup>. Afin de parfaire les connaissances, la formation et le professionnalisme de ses membres, on crée, en 1913, l'association des inspecteurs-hygiénistes de l'Ouest du Canada, qui devient une association nationale en 1920. Les premières années, elle adopte le *Public Health Journal* comme organe officiel et offre un abonnement à chacun de ses membres pour que ceux-ci améliorent leurs connaissances et leur formation; une colonne régulière est incluse à cette fin dans chaque numéro. Pendant les années 1930, l'association ouvre des succursales actives dans l'ensemble du pays et, après quelques efforts de ses membres, elle est intégrée dans l'Institut canadien des inspecteurs-hygiénistes en 1934 et l'Association canadienne de santé publique devient responsable de la vérification et de la certification des inspecteurs-hygiénistes en 1935. Grâce à la coopération des ministères provinciaux de la Santé, un programme d'études et des examens de certification sont organisés

### Mac Harvey McCrady

*Scientifique chevronné travaillant à l'avancement de la santé publique*

En 1910, Mac Harvey McCrady est mandaté par le Conseil supérieur de la santé du Québec afin de réorganiser son laboratoire de santé publique. Durant ses 43 années de carrière scientifique, il établit les fondements d'un service complet de diagnostic en laboratoire et devient l'une des autorités scientifiques les plus chevronnées sur le continent américain dans le domaine de la bactériologie en lien avec la santé publique. Il participe notamment à la rédaction des *Standard Methods for the Examination of Water, Sewage and Dairy Products*, sous l'égide de l'American Public Health Association. M. McCrady est également coauteur de l'ouvrage *Water Bacteriology*. Bien que s'intéressant plus particulièrement aux problématiques de bactériologie sanitaire en rapport avec les problèmes municipaux en matière d'eau, les eaux usées et le lait, il apparaît qu'il était constamment soucieux des besoins des praticiens, adaptant les méthodes bactériologiques et immunologiques à leurs besoins. M. McCrady est considéré par ses pairs comme l'un des scientifiques les plus éminents dans le domaine de la santé publique.

*(La revue canadienne de santé publique, vol. 47, 1956)*



dans les provinces. Un manuel de formation est préparé sous l'égide du comité de certification des inspecteurs-hygiénistes de l'Association canadienne de santé publique<sup>20</sup>.

L'Association canadienne de santé publique continue d'augmenter le nombre de sections consacrées à des domaines précis de la santé publique avec l'aide de bénévoles souhaitant promouvoir et accroître le champ de la santé publique. La section des laboratoires, créée en 1917, devient la société canadienne des bactériologistes et commence à tenir ses propres réunions annuelles. Les sections du bien-être infantile, de la prévention des infections transmissibles sexuellement et de l'hygiène mentale, créées pendant la première décennie de l'Association, poursuivent leurs activités, et des sections sur l'hygiène du travail, les services infirmiers de santé publique et l'état civil sont ajoutées dans les années 1920. Pendant les années 1930, on ouvre de nouvelles sections en génie sanitaire, en épidémiologie et en éducation sur la santé publique. Des comités composés de bénévoles participent à des études diverses et présentent leurs conclusions dans le *Canadian Public Health Journal*. Le comité de l'état civil mène un certain nombre d'études; il effectue la révision de la Nomenclature internationale des causes de décès, phraséologie liée à la déclaration de décès du médecin, et assure la formation des médecins et des étudiants en médecine sur les principes fondamentaux de l'état civil.

### Rôle du gouvernement fédéral

Bien que la Chambre des communes adopte, le 3 mars 1930, une résolution prévoyant l'octroi de subventions fédérales aux provinces pour couvrir le tiers des coûts des services de santé ouverts à temps plein, le gouvernement reste passif à cet égard. De 1932 à 1935 (les pires années de la Crise), le gouvernement fédéral cesse de financer les provinces pour la prévention des maladies vénériennes et dissout la division de prévention des maladies

#### Logo de l'Association canadienne de santé publique à l'effigie d'Hygie

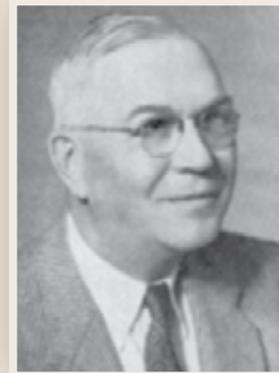
En 1935, l'Association canadienne de santé publique présente un nouveau sceau à l'effigie d'Hygie, déesse grecque de la santé, de la propreté et de la désinfection, dont le nom a donné le mot « hygiène ». Le père d'Hygie, Esculape, est plus directement associé à la guérison et à la médecine, tandis qu'Hygie est associée à la prévention des maladies et à la promotion de la santé. Le serpent qui lui entoure le bras symbolise le patient empreint de sagesse.



vénériennes. La division du bien-être des enfants est également dissoute après le départ à la retraite, en 1934, de la **D<sup>re</sup> Helen MacMurchy**, son chef fondateur.

Cependant, dans la deuxième moitié des années 1930, la situation économique s'améliore et le premier ministre R. B. Bennett est impressionné par la Nouvelle Donne des États-Unis qui instaure la sécurité sociale et prévoit la fourniture de soins maternels et infantiles dans les régions rurales mal desservies. Le *Canadian Public Health Journal* affirme que cette mesure fédérale des États-Unis est extrêmement importante, puisqu'elle marque, pour la première fois, la participation du gouvernement fédéral à un programme national d'aide aux ministères de l'État en matière de santé publique<sup>21</sup>.

Bennett présente les plans de son gouvernement dans une série de discours à la nation en janvier 1935, et les ministres provinciaux de la Santé discutent ensuite de ces plans qui prévoient un rétablissement des subventions pour la lutte contre les maladies vénériennes ainsi qu'un financement pour l'hygiène mentale, la lutte contre le cancer et la tuberculose et les services de santé à temps plein, avec D. M. Sutherland, leur homologue fédéral. En 1937, le ministère des Pensions et de la Santé nationale crée de nouvelles divisions sur l'épidémiologie et l'hygiène du travail et restaure les divisions de la publicité et de l'éducation en santé ainsi que du bien-être infantile et maternel. Le Conseil fédéral d'hygiène crée aussi de nouveaux comités, y compris un comité visant à relever le défi constant de réduire la mortalité maternelle.



### Arthur Edward Chegwin

*Premier porte-parole de l'éducation en hygiène dentaire*

Né en 1895 à Lacombe en Alberta, D<sup>r</sup> Chegwin ouvre un cabinet dentaire à Moose Jaw, en Saskatchewan en 1919 et exerce à temps partiel en tant que dentiste scolaire. Constatant

la mauvaise hygiène dentaire des enfants à l'école, D<sup>r</sup> Chegwin prend vite conscience que l'éducation en hygiène dentaire est une nécessité si l'on veut maintenir ou améliorer la santé bucco-dentaire en général. À partir de ce temps, le D<sup>r</sup> Chegwin consacre beaucoup de son temps et de ses efforts à l'éducation en hygiène dentaire dans les écoles, dans son cabinet et auprès de ses collègues. Pendant la Deuxième Guerre mondiale, D<sup>r</sup> Chegwin s'enrôle dans le Corps dentaire de l'Armée canadienne et offre ses services en tant qu'officier dentaire supérieur dans différents centres de formation de l'Armée de l'Air. Plus tard, il devient directeur de la santé dentaire au ministère de la Santé publique de la Saskatchewan et joue un rôle moteur dans la mise sur pied de la branche de la Saskatchewan de l'Association canadienne de santé publique et devient le premier président de la section dentaire de l'ACSP.

(*Revue canadienne de santé publique*, vol. 52, août 1961)

**La santé publique : Une histoire canadienne**[Table des matières](#)[Lexique](#)[Profils](#)[Notes en fin d'ouvrage](#)[Mentions de source](#)[Joindre l'ACSP](#)

La Crise bouleverse certaines croyances enracinées sur le marché libre et le rôle du gouvernement. Lorsque l'Allemagne envahit la Pologne, le 1<sup>er</sup> septembre 1939, le Canada se joint à la Grande-Bretagne et à la France et entre dans la Seconde Guerre mondiale une semaine plus tard. Cette guerre sonne le glas, pour le Canada, du ralentissement économique, et la décennie qui s'ensuit est marquée, outre les pertes humaines et les coûts économiques énormes, par une nouvelle approche du gouvernement en matière de programmes sociaux et de programmes de santé au Canada.

