

La santé publique : Une histoire canadienne

Par Christopher Ruddy, Ph. D, et Sue C. Sullivan



ACSP 100

UN SIÈCLE DE LEADERSHIP
À CÉLÉBRER



Table des matières

Prologue et préfaces	i
Message du conseil d'administration.....	i
Prologue	ii
Préface des auteurs	iii
Remerciements	vi

Préface	vii
Les débuts – Quarantaine et hygiène.....	viii
Épidémies de choléra dans les colonies	ix
Le renforcement des infrastructures	x

CHAPITRE 1 : 1867–1909

L'idée de la santé publique	1.1
Réforme de l'hygiène et de la santé.....	1.2
Confédération et croissance	1.3
Edward Playter, un leader dans la réforme de la santé du Canada	1.4
Élargissement de la santé publique municipale.....	1.6
L'Ontario prend les devants	1.7
Impulsion fédérale pour l'avancement.....	1.9
L'épidémie de variole de Montréal (1885)	1.11
Laboratoires de bactériologie et de santé publique	1.13
Une poussée pour l'avancement	1.15

CHAPITRE 2 : 1910–1919

Transformation et Première Guerre mondiale	2.1
Paralysie infantile : la nouvelle épidémie	2.4
Association canadienne de santé publique.....	2.5
Typhoïde.....	2.7
Examens médicaux dans les écoles.....	2.9
Croissance de l'éducation en matière de santé publique	2.10
Maladies vénériennes et hygiène sociale.....	2.12
Structures provinciales.....	2.13
Défis à relever	2.15
Maladies vénériennes	2.17
Grippe « espagnole »	2.19
Coordination nationale	2.20

CHAPITRE 3 : 1920–1929

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

Table des matières (suite)

CHAPITRE 4 : 1930–1939

Une période de déclin	4.1
Bien-être infantile et maternel	4.3
Nutrition, salubrité alimentaire et pasteurisation	4.4
Tuberculose et Affaires indiennes	4.6
Maladies infectieuses.....	4.8
Propagation de la polio	4.9
Automobiles et accidents	4.10
Professionnalisation de la santé publique canadienne	4.12
Rôle du gouvernement fédéral	4.13

CHAPITRE 5 : 1940–1949

La Deuxième Guerre mondiale et l'expansion	5.1
Nutrition et salubrité des aliments	5.2
Condition physique.....	5.4
Consommation de tabac	5.5
Maladies vénériennes et pénicilline	5.6
Immunisation et maladies infectieuses	5.7
Services de santé aux Autochtones	5.8
Expansion fédérale et promesses de l'après-guerre	5.11
Les hauts et les bas de la santé publique.....	5.13
Organisation mondiale de la Santé	5.15

CHAPITRE 6 : 1950–1959

Expansion de la recherche, des services et du financement	6.1
Services de santé aux autochtones	6.3
Crise nationale de poliomyélite	6.3
Blessures et décès évitables.....	6.6
Salubrité des aliments.....	6.7
Contamination de l'environnement	6.9
Santé publique	6.11

CHAPITRE 7 : 1960–1969

Changement social et services de santé	7.1
Les 50 ans de l'Association canadienne de santé publique	7.2
Hôpitaux et avenir de la santé publique	7.2
Inquiétudes négligées en matière de santé publique	7.4
Mise au point d'outils de santé publique.....	7.4
Défis tenaces : polio, tuberculose et maladies vénériennes	7.6
Environnement et DDT	7.8
Thalidomide et innocuité des médicaments	7.9
Fluorure.....	7.11
Tabac.....	7.11
Contraception et rôle de l'État	7.14
Rapport final sur les services de santé	7.15
Défis de santé publique	7.16

CHAPITRE 8 : 1970–1986

Une nouvelle perspective sur la santé publique	8.1
Préoccupations environnementales	8.3
Sécurité automobile	8.4
Activité physique.....	8.5
Personnes handicapées	8.7
Maladies chroniques	8.8
Des positions plus rigides.....	8.8
Le rapport Lalonde	8.10
Élargissement des intérêts.....	8.11
Tabac.....	8.14
Maladies infectieuses.....	8.16
Nouvelle souche de grippe porcine	8.18
Infections transmises sexuellement (ITS)	8.19

Table des matières (suite)

Enjeux mondiaux 8.21

Soins de santé primaires –
Santé pour tous d’ici l’an 2000..... 8.23

La nouvelle santé publique 8.24

Promotion de la santé : le rapport Epp
et la Charte d’Ottawa..... 8.25

ÉpilogueE.1

Conclusion et recommandations..... E.8

LexiqueL.1

Rédacteurs et rédactrices en chef

Revue canadienne de santé publique R.1

Anciens présidents/ responsables

du Conseil d’administration de l’ACSP.....AP.1

Prologue et préfaces

© 2010 Association canadienne de santé publique

Par Christopher Rutty, Ph. D, et Sue C. Sullivan

Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales seulement, si la source est clairement indiquée.

ISBN 1-894324-60-9

Association canadienne de santé publique
1565, avenue Carling, bureau 400
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Tél. : 613-725-3769
Télec. : 613-725-9826
Courriel : info@cpha.ca

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) est une association bénévole nationale, indépendante et sans but lucratif, représentant la santé publique au Canada et entretenant des liens étroits avec la communauté de santé publique internationale. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires à la santé de tous les Canadiens.

Conception : Leah Gryfe Designs

Définitions du glossaire : *A Dictionary of Public Health*, révisé par John M. Last (2007), Oxford University Press

Message du conseil d'administration

Lorsqu'en 2009, l'Association canadienne de santé publique a entrepris, à l'occasion de son centenaire, de relater l'histoire de la santé publique, elle a pris la décision d'aller au-delà de l'histoire de l'Association elle-même et de faire le récit de l'histoire générale de la santé publique au Canada. Il était nécessaire d'écrire cette histoire, car la santé publique est un volet du système de santé qui demeure mal compris. En effet, nombreux sont ceux qui ne sont pas conscients que la santé est déterminée par des facteurs externes au système de soins de santé.

Cette histoire s'étend de la période précédant la Confédération à 1986, année de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, qui a marqué le début d'une nouvelle ère pour la santé publique avec la création de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. La santé publique a eu une incidence considérable au fil de ces décennies, et son rôle a beaucoup évolué. Les préoccupations, qui portaient à l'origine sur la maîtrise des maladies infectieuses, sont peu à peu passées à la santé de la population, à la promotion et protection de la santé, et à la prévention primaire des maladies et des blessures.

Il s'agit d'une histoire remarquable. Je tiens à remercier l'Agence de la santé publique du Canada de son importante contribution

financière pour soutenir cet effort ainsi que les autres commanditaires du centenaire. Je souhaite également remercier les membres du Comité directeur pour le centenaire, et tout particulièrement les membres du Groupe de travail sur l'histoire, présidé par Margaret Hilson, pour leur apport substantiel à ce projet.

Cory Neudorf, président

Conseil d'administration de l'Association canadienne de santé publique

Prologue

Le projet visant à tracer l'histoire de la santé publique au Canada était lié au centenaire de l'Association canadienne de santé publique. Créée en 1910 par un petit groupe de médecins inquiets de l'état de la santé publique au Canada, l'Association a tenu sa première conférence annuelle à l'Université McGill en décembre 1911, et a été constituée en vertu d'une loi du Parlement en avril 1912.

Ce livre doit son existence aux efforts de nombreuses personnes. Christopher Rutt, Ph.D., en a rédigé la première ébauche. Cette ébauche a ensuite été modifiée par Sue Sullivan et révisée à l'externe ainsi que par les membres du Groupe de travail sur l'histoire du centenaire de l'Association canadienne de santé publique. À la lumière des commentaires des réviseurs, Sue Sullivan a effectué des recherches supplémentaires et rédigé une deuxième ébauche, cette fois révisée par le Dr Rutt et moi-même. J'ai fait des recherches dans les procès-verbaux des réunions du Conseil fédéral d'hygiène, sélectionné et rédigé les profils. Nous avons tous les trois choisi les photos et les illustrations.

John M. Last, M.D., d.h.p., M.D. (honoris causa) Uppsala et Édimbourg, membre du Groupe de travail sur l'histoire, a ajouté des commentaires et, en collaboration avec d'autres personnes, écrit l'épilogue.

Les docteurs Maureen Malowany et Shannon Tania Waters ont accepté de se charger de la révision externe officielle de la première ébauche du livre. Elles ont travaillé de façon autonome et leurs commentaires et suggestions, à la fois détaillés et obligeants à l'égard de ressources supplémentaires, ont permis d'améliorer le manuscrit de façon considérable.

Maureen Malowany, Ph.D., est codirectrice du Programme stratégique de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique : promotion, prévention et politique publique (4P) de l'Université McGill et éditrice scientifique invitée d'une série d'articles historiques commémorant le centenaire de la *Revue canadienne de santé publique*. Shannon Tania Waters, M.D., MHSc, FRCPC, est directrice, Surveillance de la santé, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, région de la Colombie-Britannique, spécialiste de la médecine communautaire et membre de la Première nation St'uminus de l'île de Vancouver, en Colombie-Britannique.

Le Comité directeur pour le centenaire de l'ACSP, présidé par Gerry Dafoe, a confié au Groupe de travail sur l'histoire le mandat de surveiller l'élaboration de productions historiques. Les membres de ce comité ont travaillé avec beaucoup de cœur, et l'Association canadienne de santé publique leur en est très reconnaissante. Les membres qui suivent ont révisé les ébauches des chapitres du livre.

Margaret Hilson, présidente du comité (ancienne directrice des Programmes en santé mondiale de l'ACSP)

James Chauvin (directeur des Politiques et des Programmes en santé mondiale, ACSP)

D^r Jamie Hockin (ancien directeur, de la Division du développement professionnel, Bureau de la pratique en santé publique à l'Agence de la santé publique du Canada)

D^r John M. Last (professeur émérite d'épidémiologie, Université d'Ottawa)

D^{re} Maureen Law (ancienne sous-ministre au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)

Klaus Seeger (membre à vie de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique et récipiendaire du prix Alex Cross)

Tout le travail de recherche, de rédaction des ébauches, de relecture, de révision et de conception nécessaire à la publication de ce livre a été effectué en une seule année, ce qui a représenté une entreprise ardue, exigeant un nombre incalculable d'heures de bénévolat de la part de tous les intervenants, ainsi qu'une immense bonne volonté. Un gros merci à Leah Gryfe, qui nous a fait la preuve qu'un livre électronique interactif offrait beaucoup d'avantages par rapport à un livre statique imprimé.

Tous les efforts ont été déployés pour garantir l'exactitude du contenu; cependant, si des erreurs s'y sont glissées, n'hésitez pas à en faire part à l'Association (l'un des avantages du livre électronique, c'est qu'il est beaucoup plus facile d'y apporter des corrections).

Je me considère vraiment privilégiée d'avoir participé à l'écriture de ce livre sur l'histoire de la santé publique, d'en avoir appris sur les hommes et les femmes qui ont fait avancer la santé de la collectivité bien avant la mise en place de notre

système de santé actuel. J'espère que ce livre électronique fera en sorte que ces personnes restent gravées dans notre mémoire à tout jamais.

Sylvia Fanjoy

Directrice, Centenaire de l'ACSP

Préface des auteurs

Christopher Rutty

Entreprendre des recherches sur la santé publique au Canada et en écrire l'histoire, de ses débuts jusqu'à nos jours ou presque, et cela en une année seulement, a constitué un défi de taille fort enrichissant, et rendu possible grâce à l'aide de nombreuses personnes clés, en particulier Sylvia Fanjoy et Sue Sullivan. Sylvia a fait en sorte que ce projet avance de manière efficace; elle m'a encouragé, et m'a apporté de l'aide à de nombreux égards tandis que j'effectuais mes recherches et que je rédigeais l'ébauche du manuscrit. Sue, quant à elle, a dépassé son rôle d'éditrice en participant aux recherches et à la rédaction du rapport. En effet, elle a retravaillé mes premières ébauches, et mis la dernière main au manuscrit en lui ajoutant un contenu considérable. Je dois aussi remercier les membres du Groupe de travail sur l'histoire et les réviseurs pour leur engagement dans ce projet et leurs suggestions pertinentes.

Je remercie tout particulièrement la bibliothèque du campus Connaught de Sanofi Pasteur Limited de Toronto, et notamment Hugh McNaught, chef des services bibliothécaires de Sanofi Pasteur, qui m'a permis de consulter un tirage presque complet de la *Revue canadienne de santé publique* depuis sa parution en 1910, ainsi qu'une rare collection de journaux anciens sur la santé publique canadienne, publiés au cours des années 1870 et 1880. J'ai également eu accès

à une photocopieuse, ce qui était indispensable pour des questions pratiques, et j'ai ainsi entrepris un examen minutieux de ces journaux sur lesquels s'appuie une grande partie de cet ouvrage. J'ai aussi beaucoup apprécié le fait d'avoir pu consulter les nombreuses archives des laboratoires de Connaught, en particulier la collection de photographies historiques.

Je remercie également tout particulièrement le Dr Luis Barreto, vice-président, Politique d'immunisation et Affaires scientifiques et médicales du campus Connaught de Sanofi Pasteur, d'avoir facilité ma participation à ce projet et d'avoir cru en mes aptitudes à ce sujet. Dr Barreto s'est montré très enthousiaste en ce qui a trait à l'histoire de la santé publique et m'a permis de constituer une vaste base de recherche et de connaissances dans un grand nombre de domaines abordés dans cet ouvrage. Ce travail m'a permis d'employer le peu de temps dont je disposais pour faire en sorte que cette base comprenne également des données sur les domaines de l'histoire de la santé publique que je connaissais moins au début de mes travaux.

Sur le plan personnel, je remercie particulièrement mon épouse, Andrea, et ma fille, Alessandra, de leur patience à mon égard tandis que, reclus dans mon bureau, au sous-sol, je parcourais de nombreuses boîtes d'articles photocopiés et de documents historiques, passant souvent des nuits entières à rédiger cette histoire pour le moins colossale. Elles m'ont aidé à poursuivre ma tâche, même si, souvent, je ne les voyais pas beaucoup. Sans conteste, j'estime que tout cela en valait la peine. L'histoire que vous êtes sur le point de lire a été difficile à raconter et n'a jamais été relatée de cette façon. J'ai beaucoup appris en rassemblant toutes les pièces de cet ouvrage que, sans aucun doute, les lecteurs trouveront dynamique, impressionnant et passionnant.

Ma participation à ce projet fait suite à une importante expérience universitaire et professionnelle en tant qu'historien de la médecine. Celle-ci a commencé par un programme de premier cycle en Histoire et en Histoire de la science à l'Université de Western Ontario, suivi d'une maîtrise en Histoire, puis d'un doctorat, cette fois à l'Université de Toronto. Je m'intéresse particulièrement à l'histoire de la poliomyélite au Canada depuis la rédaction d'une dissertation de premier cycle sur l'expérience du musicien Neil Young, âgé de cinq ans en 1951, qui a été suivie d'une thèse de maîtrise ès arts sur la poliomyélite en Ontario, puis d'une étude nationale effectuée dans le cadre de mon doctorat. Cela m'a conduit à étudier la création des vaccins contre la poliomyélite et les aspects scientifiques, sociaux et politiques plus larges de la santé publique au Canada. Après mon doctorat, en 1995, je suis devenu historien-conseil en médecine avec la création de l'organisme Health Heritage Research Services. À même cet organisme, j'ai fourni des services de recherche, de rédaction et de création à divers clients. Le site de HHRS propose davantage de renseignements sur mes antécédents et mon expérience et contient de vastes données sur de nombreux aspects de l'histoire de la santé publique au Canada.

Sue Sullivan

La publication de l'ouvrage intitulé *La santé publique : Une histoire canadienne* est le fruit d'une démarche collaborative et de longue haleine rendue possible en grande partie par le Groupe de travail sur l'histoire et les réviseurs externes. Cette équipe nous a conseillé d'établir une vision d'ensemble et de dépeindre la diversité de la collectivité de la santé publique autrefois. Je voudrais aussi remercier

Sylvia Fanjoy de m'avoir permis de participer à cette aventure et d'avoir motivé et coordonné l'ensemble de l'équipe responsable de ce projet. Nous sommes allées au-delà des dossiers officiels des élites traditionnelles pour raconter l'histoire d'infirmières de la santé publique, d'inspecteurs-hygiénistes et de beaucoup d'autres employés aux « premières lignes » de la santé publique. Tout au long de la rédaction, nous avons ajouté des données contextuelles et des commentaires de diverses sources, y compris d'autres produits du Centenaire de l'Association canadienne de santé publique. Je suis très consciente qu'il s'agit d'une histoire et non de l'histoire de la santé publique au Canada. N'ayant pas d'expérience en recherche ou en santé publique, mon objectif est d'attirer un large public pour que, comme moi, les lecteurs apprécient mieux les tenants et les aboutissants de la santé publique et pourquoi notre histoire est importante aujourd'hui. La santé publique a connu des améliorations

remarquables au cours du dernier siècle; en grande partie, cela est dû à l'engagement des personnes qui se sont battues pour modifier le statu quo, car elles souhaitaient améliorer la santé de la collectivité, en particulier celle des populations non représentées, vulnérables et invisibles. Dans un article de 1998, intitulé *Shifting Discourses on Health in Canada*, Ann Robertson, du département des sciences de la santé publique de l'Université de Toronto, affirme que nos façons de conceptualiser la santé et de parler et d'écrire sur celle-ci ne se bornent jamais à la santé. Elles reflètent nos idées et nos croyances sur la nature humaine et la nature de la réalité, ainsi que sur le genre de société que nous pouvons imaginer créer et la façon de réaliser cette vision. J'espère que cette histoire de la santé publique brosera un portrait des réformateurs de la santé publique d'autrefois et nous conduira tous à imaginer une société plus saine pour le présent et l'avenir.

Remerciements

Commanditaires principaux du Centenaire



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

sanofi pasteur

The vaccines division of sanofi-aventis Group

L'Agence de la santé publique du Canada a financé cette publication. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas forcément celles de l'Agence de la santé publique du Canada.



Champions de la santé publique

Financière 
Sun Life



Working together for a healthier world™
Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

morethanmedication.ca
plusquedesmedicaments.ca
pfizer.ca



 GlaxoSmithKline

Bienfaiteurs de l'héritage



Canada's Research-Based
Pharmaceutical Companies



Les compagnies de recherche
pharmaceutique du Canada

 **Ontario**
Agency for Health
Protection and Promotion
Agence de protection et
de promotion de la santé

PRÉFACE

Préface.....	vii
Les débuts – Quarantaine et hygiène.....	viii
Épidémies de choléra dans les colonies.....	ix
Le renforcement des infrastructures.....	x

La santé publique : une histoire canadienne retrace l'évolution de la santé publique depuis ses débuts, c'est-à-dire avant que le Canada ne devienne une nation, jusqu'en 1986, au moment où la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé inaugure ce que beaucoup estiment être le début d'une nouvelle ère en matière de santé publique¹. Tout au long de cette période, des étapes importantes en matière de santé publique sont franchies grâce à des efforts collectifs concertés pour promouvoir la santé et prévenir les maladies et les blessures, objectifs qui ont toujours été au cœur de la santé publique.

Les systèmes et les outils de santé publique créés par les différentes sociétés sont déterminés par les enjeux de santé de l'heure, leur niveau de développement économique, de connaissance et de maîtrise technique, ainsi que par les relations de pouvoir entre les groupes sociaux qui les composent. Cette histoire fait ressortir l'importance du leadership fédéral dans la mise en œuvre d'initiatives de santé publique efficaces au Canada, malgré les tensions liées aux compétences en matière de santé entre les provinces et le gouvernement fédéral. L'élimination des disparités – entre les régions géographiques, les villes et les collectivités isolées, les autochtones et les non-autochtones –



Bibliothèque et archives Canada

Ville d'Ottawa, Ouest du Canada, 1855

1 Organisation mondiale de la Santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986, WHO/HPR/HEP/95.1. Sur Internet : http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

est une question de longue date toujours actuelle. Depuis ses débuts, la santé publique a fait face à des changements et à des défis, et a trop souvent été sous-estimée. Toutefois, plusieurs progrès remarquables des 100 dernières années au Canada sont attribuables à la santé publique.

Les débuts – Quarantaine et hygiène

Les peuples autochtones habitent le continent nord-américain depuis quatre mille ans et leur état de santé, ainsi que leurs conditions sociales, économiques et matérielles sont affectés par l'augmentation de l'immigration européenne dès les années 1600. Le commerce de la fourrure stimulant l'expansion française et britannique en Amérique du Nord, la variole, la rougeole, la tuberculose et l'alcool tuent de nombreux autochtones.

Avec l'accroissement de l'immigration européenne, les navires qui arrivent au port de Québec sont souvent chargés de passagers atteints de maladies, notamment du typhus. Les efforts désordonnés d'inspection des navires avant le débarquement des passagers s'organisent à partir de 1710 et sont suivis, en 1721, d'une loi sur la mise en quarantaine, édictée par crainte de la peste qui se répand dans toute l'Europe. La peste n'arrive jamais en Nouvelle-France mais, malgré cette loi, le nombre de cas de typhus et de variole ne diminue pas. Une loi plus élaborée, la *Loi sur la quarantaine du Bas-Canada* est instaurée en 1795, mais elle doit être renouvelée périodiquement au risque de devenir caduque, ce qui se produit souvent. Elle sert néanmoins

de modèle à d'autres gouvernements coloniaux d'Amérique du Nord britannique, qui rédigent des lois visant à prévenir la propagation des maladies infectieuses. En règle générale, cette loi est d'une efficacité limitée : les gouvernements locaux ayant tendance à n'agir que pendant ou immédiatement après les épidémies de maladies infectieuses.

L'idée que la variole peut être prévenue par la vaccination fait son apparition en Grande Bretagne dans les années 1720, bien que cette pratique soit connue en Asie depuis des siècles. En 1796, Edward Jenner, médecin anglais, utilise le pus de pustules de variole recueilli

sur des vaches contaminées pour protéger les humains de l'infection, créant ainsi le premier vaccin efficace. Le choléra, le typhus, la rougeole et la scarlatine, qui se répandent en Europe et en Grande Bretagne à cette époque, engendrent une série de réformes de la santé et la création de bureaux de santé locaux.

En 1816, un médecin est nommé agent de santé du Bas-Canada, en réaction à l'incidence élevée de maladie chez les milliers de nouveaux immigrants, ces gens misérables et affamés qui arrivent chaque année à Québec, en provenance de Grande-Bretagne. Un projet de loi renforcé sur la quarantaine est adopté en 1823 et prévoit la création d'un bureau de santé composé de cinq médecins ou chirurgiens autorisés, quoique ces mesures ne soient que temporaires².



Bibliothèque et archives Canada

Nouvelle-France, 1688

2 Journals of the House of Assembly of Lower Canada, mars 1823

Épidémies de choléra dans les colonies

Au début des années 1830, la Grande-Bretagne et l'Europe sont touchées par une pandémie de choléra; or certains médecins établissent un lien entre cette maladie ainsi que d'autres fièvres et l'appauvrissement des conditions de vie. Ils avancent que ces maladies peuvent être prévenues par des mesures pour améliorer les conditions déplorables dans lesquelles vivent les pauvres, alors que d'autres prétendent que le choléra est dû au « miasme », une vapeur ou une brume toxique qui émanerait des matières en décomposition. Sous l'aiguillon puissant de la peur et de l'humanitarisme combinés, le gouvernement britannique crée pour la première fois un bureau de santé national temporaire et ordonne aux autorités municipales de mettre sur pied des bureaux de santé locaux chargés de superviser les améliorations en matière d'hygiène. Des lois semblables sont décrétées en Espagne, en Allemagne et en France et, avec elles, naît ce que l'on peut appeler l'hygiène publique ou la santé publique.

Le gouvernement du Bas-Canada autorise également la création de bureaux de santé locaux à Québec, à Montréal, et partout où cela est nécessaire, et alloue les fonds pour ces bureaux et les coûts rattachés à la quarantaine. Alors qu'environ 50 000 immigrants britanniques quittent des ports infestés de choléra et traversent l'océan Atlantique pour se rendre à Québec, la *Loi sur la quarantaine du Bas-Canada* est de nouveau invoquée et un peloton de soldats est envoyé à Grosse-Île, un îlot situé sur le Saint-Laurent, à environ 50 kilomètres à l'est de Québec, pour y construire une station de quarantaine qui servira à observer et à soigner



Bibliothèque et archives Canada, n° d'entrée 193206-45 Peter Winkworth

Dalhousie Square, Halifax, N.-É., 1851

les nouveaux arrivants. Les premiers cas de choléra sont rapportés le 28 avril 1832, et la station de quarantaine est rapidement débordée, alors que des immigrants apparemment en santé, mais infectés, passent à travers les mailles du filet et que les excréments humains rejetés par les navires qui se succèdent infectent le Saint-Laurent. Au cours du mois de juin, le choléra se répand à Montréal, puis dans le Haut-Canada. L'épidémie fait environ 2 300 morts à Québec, soit 10 % de la population, et 4 000 morts à Montréal, soit environ 15 % de la population³.

Étant donné la propagation du choléra dans le Bas-Canada, les gouvernements coloniaux du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve adoptent des mesures préventives en créant des bureaux de santé centraux et en votant des lois temporaires visant à renforcer les dispositions de la quarantaine. Ces bureaux se concentrent sur l'assainissement des villes, en particulier dans les quartiers pauvres. Résultat de ces efforts ou coïncidence, on ne rapporte aucune épidémie de choléra dans les colonies des provinces maritimes en 1832. Dans le Haut-Canada, toutefois, les ports ne sont pas soumis aux règlements de quarantaine et les gouvernements locaux n'ont pas l'autorité légale pour arrêter et inspecter les navires. Le choléra

3 P. H. Bryce, « History of Public Health in Canada », *Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, vol. 1 (juin 1910) : pp. 287–288; J. D. Pagé, « Grosse Isle Quarantine Station », *Canadian Public Health Journal*, vol. 22 (septembre 1931) : pp. 454–455

gagnant du terrain, des bureaux de santé locaux sont mis sur pied et financés afin de prendre en charge la maladie. Comme dans les autres colonies, les rues et les ruelles sont nettoyées et débarrassées de leurs débris, les mares d'eau stagnante sont vidées et les canalisations bloquées sont débouchées, notamment dans les zones où les immigrants les plus pauvres s'entassaient dans des conditions insalubres. L'épidémie perdure en 1833 et le gouvernement du Haut-Canada adopte une loi progressiste, mais temporaire, qui prévoit la mise en œuvre de mesures de santé publique préventives. Le flot des immigrants britanniques continuant de se déverser, le choléra frappe à nouveau les colonies en 1834, malgré le resserrement des règlements sur la quarantaine et les efforts d'assainissement locaux⁴.

Le renforcement des infrastructures

En 1849, le gouvernement du Canada-Uni (Haut et Bas-Canada) crée un Bureau de santé central et promulgue une nouvelle loi, mais ce bureau est dissout lorsque la menace de choléra s'estompe. Au début des années 1850, la loi sur la santé publique fait cependant l'objet de plusieurs renforcements en Nouvelle-Écosse et au Canada-Uni avec la mise sur pied de bureaux de santé

locaux permanents et le resserrement des lois sur la quarantaine. Lorsque le choléra réapparaît en 1854, le Bureau de santé central du Canada est ressuscité et le gouvernement assume le plein contrôle de Grosse-Île.

En 1847, quelque 100 000 immigrants irlandais parmi les plus pauvres fuient la famine et beaucoup meurent du typhus durant la traversée vers l'Amérique du Nord britannique. Selon



Quatre personnages amérindiens, ca. 1840

Bibliothèque et archives Canada, no d'entrée RG266-42
Peter Winkworth

un rapport du parlement britannique, 6 100 sont morts en voyage, 4 100 à l'arrivée, 5 200 dans les hôpitaux et 1 900 dans les villes où ils ont trouvé refuge. La mortalité totale s'élève à 17 % du nombre d'immigrants. D'après les statistiques canadiennes officielles, 5 424 personnes

ont été emportées par le typhus à Grosse-Île en 1847, tandis que plusieurs milliers d'autres sont morts à Québec, à Montréal, au Nouveau-Brunswick et dans le Haut-Canada⁵.

En Grande-Bretagne, où la prévalence élevée de maladies infectieuses et de mortalité infantile est liée aux mauvaises conditions sanitaires et à la consommation d'eau potable polluée parmi la classe ouvrière, le mouvement en faveur d'une réforme de la santé s'accroît. La loi sur la santé publique adoptée par la Grande-Bretagne en 1848 se traduit par des mesures

4 Geoffrey Bilson, *A Darkened House: Cholera in Nineteenth-Century Canada* (Toronto : University of Toronto Press, 1980); Kenneth G. Pryke, « Poor Relief and Health Care in Halifax, 1827–1849 », dans *Essays in the History of Canadian Medicine*, de Wendy Mitchinson et de Janis Dickins McGinnis, (Toronto : McClelland and Stewart, 1988) : pp. 39-61

5 Pagé, « Grosse Isle Quarantine Station », p. 455; Ruggles George, « When Typhus Raged in Canada », *Public Health Journal*, vol. 11 (décembre 1920) : pp. 548–551; W.E. Swinton, « George Mellis Douglas: Typhus and Tragedy », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 125 (1^{er} décembre 1981) : pp. 1284–1286; Bill Trent, « Grosse Ile: Island of the Dead », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 131 (15 octobre 1984) : pp. 960–968

plus proactives pour prévenir la maladie et promouvoir la santé, notamment avec la création de registres d'état civil et d'associations bénévoles de santé publique qui ont pour but d'appuyer la réforme de la santé publique. Durant une épidémie de choléra à Londres, en 1854, John Snow, médecin anglais, découvre qu'une pompe à eau collective de Broad Street est à l'origine de la maladie de milliers d'habitants et de nombreux décès. Les travaux de Snow suivent ceux d'Edwin Chadwick et d'autres médecins britanniques et new-yorkais, qui se sont livrés à des études approfondies des conditions d'hygiène des travailleurs. Ces études ont été renforcées par l'application scientifique des statistiques. Les recherches de John Snow, en particulier, marquent le début de la science moderne de l'épidémiologie et la remise en question de la quarantaine⁶.

La vaccination obligatoire contre la variole fait son apparition au début des années 1860 au Canada-Uni et à l'Île-du-Prince-Édouard. La Compagnie de la Baie d'Hudson, qui fait *de facto* office d'agence de santé publique dans l'Ouest de la fin du 18^e siècle au début du 19^e siècle, lance une campagne de vaccination qui permet de contrôler en partie la propagation de la maladie dans les communautés autochtones, même si la variole importée de Californie en Colombie-Britannique durant la ruée vers l'or des années 1860, s'avère particulièrement dévastatrice pour les Premières nations de cette partie du pays⁷.

6 M. W. Flinn, « Introduction », dans *The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain, 1842*, d'Edwin Chadwick, (Edinburgh: University of Edinburgh Press, 1965) : p. 1

7 Paul Hackett, « Averting Disaster: The Hudson's Bay Company and Smallpox in Western Canada During the Late Eighteenth and Early Nineteenth Centuries », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 78 (2004) : pp. 575–609



Bibliothèque et archives Canada

Amérique : hémisphère occidental

Malgré le tollé public, le gouvernement du Canada-Uni ordonne l'enlèvement et l'inhumation rapides des personnes décédées de maladies infectieuses; toutefois, la loi exigeant l'inspection des aliments et des boissons par un chimiste qualifié en vue d'établir leur possible contamination est abandonnée peu après son adoption⁸.

Lorsque les Pères de la Confédération travaillent à l'ébauche de l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*, ils ne se préoccupent pas de la santé publique, malgré les épidémies majeures qui sévissent depuis les années 1830, la nouvelle menace de choléra en 1866, et les progrès réalisés en ce qui concerne l'importance de la propreté de l'eau et d'une bonne hygiène. Le leadership politique du Dominion du Canada et des provinces demeure profondément attaché au principe de quarantaine en matière de santé publique. C'est pourquoi, durant les premiers temps de la Confédération, les réformateurs de la santé, un groupe restreint mais dynamique, cherchent à ancrer dans la nouvelle structure politique provinciale et fédérale du Canada une conception plus large de la protection et de la promotion de la santé publique.

8 « Bills Before Parliament », *The British-American Journal*, vol. 1 (mai 1860) : pp. 237–238; *The British-American Journal*, vol. 2 (avril 1861) : p. 185

1867–1909

CHAPITRE 1

La santé publique : Une histoire canadienne

L'idée de la santé publique

L'idée de la santé publique	1.1
Réforme de l'hygiène et de la santé	1.2
Confédération et croissance	1.3
Edward Playter, un leader dans la réforme de la santé du Canada	1.4
Élargissement de la santé publique municipale	1.6
L'Ontario prend les devants	1.7
Impulsion fédérale pour l'avancement	1.9
L'épidémie de variole de Montréal (1885)	1.11
Laboratoires de bactériologie et de santé publique	1.13
Une poussée pour l'avancement	1.15

L'histoire de la santé publique canadienne commence à se préciser après la Confédération. Le mouvement de réforme de la santé a exigé un certain nombre d'éléments fondamentaux avant de réussir : la collecte de données sur les niveaux de mortalité et de morbidité afin de comprendre et de mesurer les problèmes de santé publique; les activistes qui peuvent faire connaître ce type de renseignements afin de mobiliser l'opinion publique et professionnelle; et, enfin, l'existence d'une infrastructure municipale suffisamment sophistiquée pour permettre la mise en place et l'exécution de réformes imposées par la loi¹. De 1867 à 1909, ces éléments sont toujours en cours d'élaboration à divers degrés au Canada.

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867 crée le Dominion du Canada dans le cadre de la Confédération des provinces de la

Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Québec et de l'Ontario. Avant 1867, les quelques soins de santé accessibles sont fournis localement.

Une représentation de la mort, 1878



John Henry Walker, ©McCord Museum M091x.5.795

1 Heather MacDougall, « Epidemics and the Environment: The Early Development of Public Health Activity in Toronto, 1832–1872 », *Problèmes cruciaux de l'histoire de la science, de la technologie et de la médecine au Canada*, R. A. Jarrell et A. E. Roos (eds.) (Ottawa: HSTC Publications, 1983), pp. 145–151

Certaines villes ont établi des bureaux de santé locaux, le plus souvent après une importante épidémie de choléra, de variole ou de fièvre typhoïde. En 1834, le Parlement du Haut-Canada adopte des lois permettant l'établissement de bureaux de santé. La santé est peu mentionnée dans l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*, à l'exception de l'établissement d'une compétence fédérale chargée des hôpitaux de quarantaine et de la marine. Les gouvernements provinciaux sont chargés des hôpitaux qui ne sont pas ceux de la marine. En outre, les asiles et les stations de quarantaine sont les seuls établissements de santé publique permanents. (À cette époque, les personnes atteintes de maladies mentales doivent demeurer chez elles, ou encore dans des asiles d'aliénés, où elles sont souvent maltraitées.) Les pouvoirs des administrations municipales varient de façon importante, même au sein des provinces.

l'établissement des infrastructures, un nombre croissant d'organismes bénévoles et d'individus réformateurs de la santé proclament l'évangile de l'hygiène. L'invention du microscope permet la découverte du microbe à la fin du 17^e siècle; toutefois, le domaine de la bactériologie n'est pas développé avant le 19^e siècle, et l'acceptation populaire de la « théorie des germes » demeure minime jusqu'au début du 20^e siècle. Avant les années 1880, de nombreuses maladies infectieuses courantes sont attribuées à la mauvaise qualité de l'air ou à l'hérédité. On pense, par exemple, que l'origine de la fièvre typhoïde est spontanée, mais, au cours de cette époque, de plus en plus de preuves incriminantes pointent vers l'eau potable insalubre, ou encore le lait contaminé. Le bacille causal précis est identifié en 1880, et des preuves définitives établissent qu'il a causé la fièvre typhoïde de 1896. La découverte et les essais réussis du sérum antidiphthérique et du vaccin antirabique, en 1890, comptent parmi les réalisations d'importance qui ont fourni les premiers outils biologiques fiables et scientifiques pour contrôler ces maladies mortelles.

Ces découvertes et d'autres découvertes scientifiques effectuées de 1850 à 1900 transforment complètement la compréhension populaire de la nature des maladies infectieuses, y compris leur origine, leur transmission et la façon de les combattre. Les connaissances sur la propagation des maladies infectieuses font en sorte que les personnes et les communautés peuvent faire quelque chose pour en prévenir la propagation et tirer avantage de la détection précoce. Cette nouvelle façon de penser, appelée l'« idée de la santé publique », gagne d'abord les élites médicales pour ensuite être adoptée de façon graduelle par les classes moyennes instruites et, plus tard, par la population en

Sanofi Pasteur Limitée, campus Connaught, archives



Réforme de l'hygiène et de la santé

La création de bureaux de santé locaux et provinciaux permanents demeure un travail en cours, mais les efforts pour contrôler les maladies infectieuses et construire

« Pour voir le germe, il faut l'agrandir 1 000 fois à l'aide d'un microscope. »

des réseaux d'alimentation et d'assainissement des eaux sont appuyés par les découvertes de la révolution bactériologique des années 1880. À mesure de l'avancement des connaissances et de

Factus —
When Antitoxin
is given on 1st day,
only 1% die,
6 days delay -12%
die.

« Fait : Quand une
antitoxine est administrée
le premier jour, seulement
1 % des victimes meurent.
Si l'on attend six jours, ce
chiffre passe à 12 %. »

général. Au fil du temps, les croyances de longue date concernant la transmission des maladies sont remplacées par une nouvelle compréhension de l'hygiène personnelle, de la prévention grâce à la vaccination et du diagnostic précoce, et, enfin, du traitement².

Les défis à relever en matière de gestion des eaux usées sont les principaux thèmes des revues de santé publique du Canada dans les années 1870 et 1880. À cette époque, pour éliminer les excréments, on utilise, le plus souvent, des cabinets portables de terre sèche dans le domicile et en enterrant ensuite les déchets. Les gens deviennent de plus en plus préoccupés par les égouts, les lavabos et les toilettes. Il faut une action collective pour gérer les eaux usées et les déchets ainsi que pour purifier l'eau potable, ce qui, peu à peu, augmente le rôle du gouvernement dans la prévention des maladies et des décès dans le cadre de la santé publique. Les premiers réformateurs de la santé pratiquent l'hygiène et l'assainissement avec une ferveur religieuse, et leur engagement aide à établir les fondements de l'infrastructure de la santé publique au Canada.

Confédération et croissance

L'industrie mécanisée commence au Canada au cours des années 1840. Elle permet d'augmenter de façon graduelle la concentration du pouvoir économique et la taille de la population active au

cours des années 1890. Les élites industrielles et financières anglo-américaines sont bien représentées dans le domaine politique fédéral, en particulier les avocats et les médecins. La Confédération permet la création de structures politiques et économiques plus importantes et la croissance économique, à son tour, apporte une immigration élargie en provenance d'Europe continentale, en plus des sources américaines et britanniques habituelles.

Toutefois, les élites sociales, politiques et économiques demeurent, en règle générale, anglo-américaines³.



Tranchées d'égouts et d'eau,
Dartmouth, 1900

W. L. Bishop, n° d'entrée du
NSAAM 1983-240, n° 27

Si les préoccupations de santé des peuples autochtones sont prises en considération, lorsqu'elles le sont, c'est par les missionnaires, les négociants et les médecins. En 1900, la santé des peuples métis et des Premières nations commence à se détériorer de façon importante, en raison du déclin du commerce de la fourrure et de l'envoi des Amérindiens dans des réserves sous-développées et isolées. Ils y vivent aux prises avec la pauvreté, la surpopulation et la malnutrition⁴.

George W. Dawson, archives
provinciales de l'Alberta, A17476



Pieds-Noirs, Old Fort
Whoopup, 1881

2 Nancy Tomes, *The Gospel of Germs* (Boston: Harvard University Press, 1999); 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, p. 6

3 Desrosiers, p. 8; *l'Encyclopédie canadienne*; sur Internet : www.thecanadianencyclopedia.com

4 Moffat and Herring, 1999; History of the Medical Services Branch, avril 1969

Peuples autochtones du Canada

Comme détaillé dans le rapport de 1996 de la Commission royale sur les peuples autochtones, le terme « peuples autochtones » désigne de façon générale les habitants autochtones du Canada, qui se composent de trois groupes principaux reconnus en vertu de la Constitution, notamment les Inuits, les Premières nations et les Métis. À l'intérieur de ces groupes larges, on compte un certain nombre de langues et de cultures distinctes. Aujourd'hui, le terme « Premières nations » remplace « Indien », le terme utilisé historiquement par le gouvernement canadien pour décrire les peuples autochtones avec lesquels le gouvernement canadien ou britannique avait conclu des traités. Les « Métis » sont des peuples autochtones distincts dont les premiers ancêtres étaient d'héritage mixte (Premières nations, ou Inuits dans le cas des Métis du Labrador, et Européens). Le terme « Inuit » remplace le terme « Eskimo » et désigne les peuples autochtones du Nord.

La Grande-Bretagne et sa loi de 1875 sur la santé publique sont des modèles de réforme de la santé au Canada. Cette loi historique consacre la responsabilité du gouvernement britannique en ce qui concerne la santé des personnes, dont la plupart vivent dans de vieilles villes, mais en évolution rapide, et dans des régions rurales à forte densité de population. En revanche, la première génération de canadiens réformateurs de la santé fonctionne dans des villes relativement neuves qui tentent d'ériger une infrastructure industrielle, résidentielle et sanitaire tout en intégrant souvent des immigrants à une échelle jamais vue en Europe. Il n'y a pas de populations en Europe de l'Ouest semblables à celles des populations

très dispersées, qui vivent souvent dans des conditions sauvages à l'extérieur des villes du Canada⁵.



Jean Heider, n° d'entrée du NSARM 1960-195, n° 24

Clayton & Sons, Halifax. Couturières dans une manufacture, 1900

Les réformateurs de la santé travaillent sans relâche pendant plusieurs décennies pour tenter de persuader le gouvernement fédéral de suivre un certain nombre d'autres pays et d'établir un ministère national pour collecter des statistiques de l'état civil, construire des égouts et réduire l'effet des maladies infectieuses. L'intérêt du gouvernement fédéral à l'égard des questions de santé publique tend à être dirigé par les membres du Parlement et les sénateurs, qui sont compétents sur le plan médical. Au cours de l'été 1873, le Dr William Henry Brouse, député d'Ontario pour Grenville Sud, dirige un comité spécial pour l'examen de la condition sanitaire de la Chambre des communes elle-même, en particulier le chauffage, l'éclairage et la ventilation⁶.

Edward Playter, un leader dans la réforme de la santé du Canada

Le Dr Edward Playter (1834–1909) est l'un des plus importants premiers réformateurs de la santé. Ce médecin, établi à Toronto et plus tard à Ottawa, publie à lui seul la première revue professionnelle de santé publique du Canada de 1874 à 1892. Il travaille également à un certain nombre d'initiatives de santé publique locales, provinciales et fédérale, jouant un rôle central dans la réforme de la santé et l'ère

- 5 Aleck Ostry, « Difference in the History of Public Health in 19th Century Canada and Britain », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 86, n° 1 (janvier-février 1995) : p. 5
- 6 W. H. Brouse, « Report », *Journals of the House of Commons*, 36 Victoria, 1873, Appendix n° 4

Edward Playter

Éditeur d'influence

Playter préconisait vigoureusement la prise en charge de la santé par le gouvernement. Ses efforts débouchent en 1875 sur l'adoption, en Ontario, d'une meilleure loi sur les rapports de décès. Il était l'un des premiers fonctionnaires de la santé à être nommé en Ontario. Le périodique sur l'hygiène publique fondée et dirigée par Edward Playter paraît de juillet 1874 jusqu'en 1892 sous divers titres, dont *Sanitary Journal*, *Canada Health Journal*, *Dominion Sanitary Journal*, *Man*, et *Health Journal*.

(Dictionnaire biographique du Canada en ligne)

scientifique. Le D^r Playter est né dans une famille importante du Haut-Canada, obtient un diplôme de l'école de médecine de l'Université de Toronto en 1868 et exerce sa profession de coroner de comté dans le village de York. La fortune dont il hérite lui permet d'investir une énergie considérable à la promotion de réformes en matière de santé publique, y compris à la promotion de la nécessité d'un système pour la collecte de statistiques exactes et complètes sur la mortalité et la morbidité. Sans doute influencé par les réformateurs de la santé britanniques, le D^r Playter reconnaît que la pratique de la médecine va au-delà du traitement des malades pour inclure la prévention des maladies et la promotion de la santé, non seulement pour sauver des vies et réduire les souffrances, mais, comme il le fait souvent valoir, pour protéger la santé économique du pays⁷.

7 Robert D. Defries, « Dr. Edward Playter: A Vision Fulfilled », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 50 (septembre 1959): pp. 368–377; Paul A. Bator, « Playter, Edward », *Dictionnaire biographique du Canada: Volume XIII: 1901–1910* (Toronto: University of Toronto Press, 2000), sur Internet : <http://www.biographi.ca>

Le D^r Playter finance et produit une revue du nom de *The Sanitary Journal*, consacrée à la santé publique et à l'hygiène personnelle, et il en fait la promotion. Cette revue est d'abord publiée en 1876, puis chaque mois de 1877 à juin 1880, date à laquelle la mort soudaine de l'épouse du D^r Playter force une suspension de la publication de ladite revue pendant quatre mois. Lorsque la publication a repris, le D^r Playter renomme la revue : *The Canada Health Journal: A practical sanitary monthly devoted to individual and public health and a reporter of vital statistics*. Le D^r Playter tente d'en élargir l'attrait au-delà de la profession médicale, tout comme à l'échelle du pays, en demandant souvent aux abonnés de payer les factures en retard et en distribuant des exemplaires promotionnels pour attirer de nouveaux abonnés⁸.

The Sanitary Journal décrit le développement de la santé publique au Canada au cours de ces premières années. Le premier numéro propose des articles sur la science sanitaire, les effets du tabac, la prévention de la propagation de la contagion et des maladies, la fièvre typhoïde et les salles de désinfection. Le premier éditorial du D^r Playter fait valoir qu'une plus grande attention est nécessaire pour assurer la santé et le développement des bébés, des enfants, des jeunes, des mères et des enfants à naître. Il fait également appel à la profession médicale pour travailler à l'amélioration de la *Loi sur la santé publique* (1873) de l'Ontario récemment entrée en vigueur, et afin d'exercer des pressions sur le gouvernement pour établir un bureau de santé publique. Les questions nécessitant une attention législative comprennent le drainage et la ventilation (en particulier dans les écoles),

8 Defries, « Dr. Edward Playter: A Vision Fulfilled », p. 368

l'enseignement scolaire en matière d'hygiène, la physiologie et l'exercice physique accru. Parmi les autres préoccupations, on compte les vêtements des jeunes, qui, dans de nombreux cas, sont « lamentablement défectueux; la santé est trop souvent ce qui est sacrifié à la mode »⁹.

Élargissement de la santé publique municipale

La sensibilisation à la santé publique augmente de façon graduelle au sein de certains gouvernements locaux. Par exemple, en 1874, Winnipeg met en place le règlement n° 13, comprenant des règlements contre les aliments falsifiés et la viande contaminée, la souillure de l'eau et les bassins stagnants et, enfin, la conservation de carcasses d'animaux morts dans la ville. La loi exige que chaque résidence dispose d'un système relié à des latrines qui doivent être tenues propres, que les détritiques soient rassemblés en un seul endroit et que les terrains et les rues soient libres de déchets, sous peine d'une amende pouvant atteindre 20 \$ ou d'une peine de prison pouvant aller jusqu'à 21 jours¹⁰.

À cette époque, à Toronto, les réformateurs de la santé sont préoccupés par les dépenses et la sécurité relative à la proposition de la ville de construire un réseau d'égouts collecteurs tout le long du secteur riverain afin de rejeter les eaux usées dans le lac, à trois milles de la ville, dans l'espoir douteux que les courants ne les ramèneront pas au point d'approvisionnement en eau.

9 Editorial, "Our Future Generations," *The Sanitary Journal*, vol. 1, n° 1 (juillet 1874) : pp. 29-31

10 « Public Health », *Winnipeg Free Press* (24 août 1874) : p. 1



Album du NSARM n° 5, p. 74

La mortalité infantile était une réalité à Halifax au cours de l'époque victorienne. Une coutume reconnue des parents à l'époque consistait à prendre l'enfant mort en photo comme s'il dormait

L'activité de santé publique s'élargit également à Montréal; avant 1870, ces questions ne touchent que la lutte contre les nuisances, et quelques policiers prêtent attention au nettoyage des cours, des allées et des fosses à latrines. À la différence de l'Ontario et de la plupart des autres provinces où les services de santé publique se sont d'abord développés à l'échelle municipale, les services de santé publique du Québec ont été laissés aux soins des communautés religieuses.

Au cours du 19^e siècle, Montréal enregistre les taux de mortalité les plus élevés de toutes les villes de l'Amérique du Nord britannique. Montréal devient le centre industriel du Canada et le peuplement rapide oblige les familles de la classe ouvrière à vivre dans des logements surpeuplés, insalubres et mal construits. Comme cela est courant dans d'autres villes canadiennes, pendant et après les épidémies, le conseil municipal de Montréal met en place un comité de la santé disposant de pouvoirs limités après une épidémie de variole dans les années 1870. Dans le cadre d'une réunion publique convoquée par le maire, une association de santé publique des citoyens est établie, remplaçant l'Association sanitaire de Montréal, pour accroître et diffuser les connaissances sur tous les sujets concernant la santé publique, en discutant de sujets sur la santé publique, en exposant les comportements répréhensibles en matière de santé publique et en faisant la promotion de la législation sanitaire. En 1875, malgré une forte opposition,

Fader, n° d'entrée du NSARM 1972-21, n° 24



Faders Bros. Market, Halifax, N.-É., 1885

la province de Québec adopte la vaccination obligatoire contre la variole, octroie des pouvoirs beaucoup plus importants à l'officier de santé de Montréal et promet de financer un Bureau de la vaccination¹¹.

L'Ontario prend les devants

Poussés par une grave épidémie de fièvre jaune aux États-Unis, les principaux réformateurs de la santé de Toronto, dont le D^r Playter, William Oldright, de l'École de médecine de Toronto, et Charles W. Covernton, de la faculté de médecine du Trinity College, persuadent le premier ministre Oliver Mowat de nommer un comité sanitaire spécial de la législature de 1878. Une enquête auprès de 171 greffiers municipaux révèle qu'absolument rien, ou presque, n'est fait à l'échelle de la province pour la prévention des maladies ou l'amélioration de la santé publique. Parmi les quelque 1 000 municipalités

11 Industrial Architecture of Montreal, « Living Conditions in Montreal's Industrial Neighbourhoods », sur Internet : <http://digital.library.mcgill.ca/industrial/livingconditions.html>; « Sanitary Reports: Public Meeting », *Public Health Magazine*, vol. 1, n° 1 (juillet 1875) : pp. 6–11; Georges Desroisiers et Benoît Gaumer, « Les debuts de l'éducation sanitaire au Québec : 1880–1901 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 23, n° 1 (2006) : p. 186



Adelaide Hunter Hoodless

M^{me} Hoodless est née en 1857, près de Brantford, en Ontario. Elle a grandi dans une ferme au milieu du 19^e siècle où l'on est isolé et privé de tout, ce qui l'a probablement inspiré à embrasser la cause d'une réforme ménagère. Elle lance une compagnie durant toute sa vie pour faire accepter l'enseignement ménager à l'échelle de la province dans le programme éducatif en vue de faire avancer l'éducation des filles. Elle était la visionnaire du mouvement Women's Institute et on lui attribue le mérite d'avoir aidé à établir le National Council of Women, la Young Women's Christian Association et Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada. M^{me} Hunter reconnaît que le rôle de la femme évolue et que de plus en plus de femmes intègrent la population active des métiers techniques (usines, moulins, etc.). La plupart d'entre elles étaient mal payées, peu formées et travaillaient dans des conditions déplorables. Elle convainc le ministre de l'Éducation de l'envoyer en Amérique afin d'examiner les écoles techniques et en établir un rapport. Malheureusement, elle décède en 1910 avant d'accomplir cette mission.

(Propriété familiale d'Adelaide Hunter Hoodless)

de l'Ontario, pas plus de 20 ont nommé un médecin hygiéniste. Toutefois, un bureau de santé provincial n'est pas établi comme prévu parce que, selon le procureur général, l'intérêt public n'est pas encore suffisant à l'égard de cette question pour justifier toute mesure particulière et l'affectation de fonds importants à cette fin. Le D^r Playter répond en organisant, par l'entremise du gouvernement de l'Ontario, la distribution d'exemplaires de sa revue aux greffiers de toutes

L'École Unio du Canada, n° d'entrée du NSCRM 1975-194, p. 19



Collège de médecine d'Halifax, ca. 1890

les principales municipalités afin d'aider à susciter l'intérêt et la sensibilisation requis¹².

En 1882, l'Ontario est le premier gouvernement

provincial à établir un bureau de santé provincial à temps plein. Celui-ci est composé de sept membres, dont quatre médecins et un président nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil, et il dispose d'un budget annuel de 4 000 \$. William Oldright est le premier président du conseil, et Peter Bryce, le premier secrétaire et médecin hygiéniste en chef à temps partiel jusqu'en 1904. Le travail du bureau de santé provincial en ce qui a trait aux bureaux de santé locaux est strictement consultatif et ce dernier ne dispose d'aucune autorisation légale lui permettant d'exiger des autorités locales qu'elles nomment des bureaux de santé ou qu'elles prennent toute autre mesure.

Le Bureau de santé de l'Ontario met sur pied des expositions sur la santé publique et rassemble de l'information au sujet de nouvelles stratégies pour la prévention des maladies au nom des bureaux de santé locaux. Un hôpital portatif d'isolement est présenté lors de l'Exposition industrielle de Toronto de 1883, à propos duquel le Bureau de santé provincial déclare qu'il espère que de nombreuses municipalités ou de nombreux groupes de municipalités se

12 « The Proposed Sanitary Legislation », *The Sanitary Journal*, vol. 3, n° 7 (juin 1878) : pp. 272–275; « Report of Select Committee on Public Health », *Journal of the Legislative Assembly of Ontario, 1878, Appendix No. 2*; « 'Sanitary Reform' This Year, And Why? » *The Sanitary Journal*, vol. 4, n° 4 (mars 1880) : pp. 225–226

Conditions de vie à Montréal

La Commission royale sur les relations entre le capital et le travail au Canada décrit les quartiers de classe ouvrière de Montréal en 1888 comme étant des « nids de contagion ». Les femmes constituent 20 % des effectifs adultes de la ville, mais elles gagnent beaucoup moins d'argent que les hommes qui, en règle générale, ne gagnent pas suffisamment pour soutenir une famille. De nombreuses femmes travaillent dans des usines de textile, des fabriques de tabac, ou encore à la transformation des aliments, à la vente au détail et au service domestique. En outre, les enfants travaillent également à temps partiel pour contribuer aux maigres revenus familiaux.

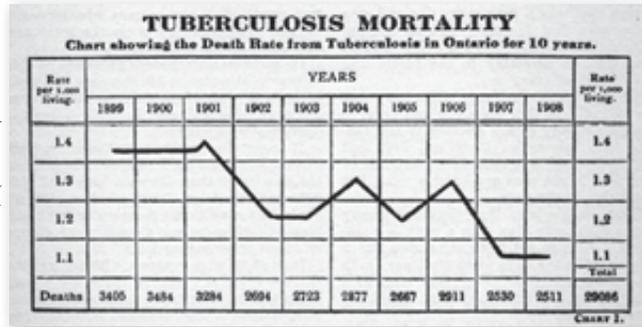
Dans la plupart des quartiers de classe ouvrière, les toilettes ne sont que des fosses à latrines communautaires dans les cours arrière, et les maisons ne disposent pas d'installations pour se laver. Herbert Brown Ames, dans son livre publié en 1897, *The City Below the Hill*, a signalé que plus de la moitié des foyers du quartier Sainte-Anne comptent toujours sur ce reliquat de conditions rurales, cette abomination insalubre, les fosses à latrines extérieures. Sa campagne de huit ans contre les latrines à fosse à Montréal lui a valu le titre d'« Âme des toilettes ».

– digital.library.mcgill.ca

le procureront, afin de disposer d'une telle structure peu coûteuse pour répondre de façon rapide à toute épidémie de maladie infectieuse, et qu'ils n'attendront pas pour le construire l'apparition d'une autre épidémie et la perte de nombreuses vies à sa suite¹³.

13 « Isolation Hospital », *The Sanitary Journal*, vol. 6, n° 1 (octobre 1883) : pp. 16–17

Public Health Journal, 2 (mars 1911)



En 1884, l'Ontario renforce sa loi en matière de santé publique pour exiger l'établissement d'un bureau de santé local dans chaque ville, village et canton, et la nomination de médecins hygiénistes. La nouvelle loi prévoit également un secrétaire à temps plein, qui sert à titre de médecin hygiéniste en chef de la province, et autorise le bureau à examiner les causes de maladies et à émettre des règlements pour prévenir leur propagation, assurer des conditions sanitaires et établir des quarantaines à mettre en application par les bureaux de santé locaux. De plus, tous les plans en matière de réseaux d'alimentation en eau et d'assainissement doivent être présentés au bureau de santé provincial pour approbation.

Au cours des deux décennies suivantes, l'Ontario sert de modèle aux autres provinces dans l'établissement de leurs bureaux de santé. En 1883, le Manitoba adopte une loi en matière de santé publique, administrée par un surintendant de la santé publique au sein du ministère de l'Agriculture, de la Statistique et de la Santé, et il établit ensuite un conseil provincial (1893). En 1887, le Nouveau-Brunswick suit avec l'adoption d'une loi sur la santé publique complète, établissant un conseil de santé provincial et divisant la province en districts de santé, tandis qu'en 1889, la Nouvelle-Écosse établit un conseil de santé central.



Peter Henderson Bryce

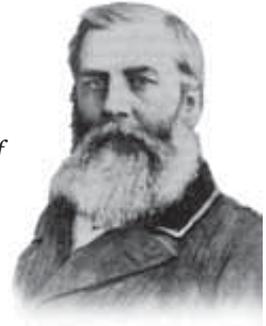
Pionnier de la santé publique et premier secrétaire général du Conseil de santé de l'Ontario

Le D^r Bryce a notamment agi à titre de médecin hygiéniste en chef au sein du ministère fédéral de l'Immigration et présidé le comité organisateur constitué à la réunion de fondation de l'Association canadienne de santé publique en 1919. D^r Bryce est le premier titulaire du poste de secrétaire général du Provincial Board of Health of Ontario en 1882, et rédige le texte de la Public Health Act of 1884, un texte de loi qui a servi de modèle à la rédaction d'autres textes législatifs en matière de santé publique dans d'autres provinces. Il était pionnier de la sensibilisation en matière de santé au Canada, préconisant la nécessité de la sensibilisation massive de la population au sujet de la tuberculose dans le but de contrer ce fléau puis mettant sur pied, dès 1883, la première exposition itinérante de sensibilisation en santé publique au Canada. En 1904, à sa retraite à titre de médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, il est nommé au poste de médecin hygiéniste en chef du ministère de l'Intérieur.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 50, n° 1, janvier 1959)

Impulsion fédérale pour l'avancement

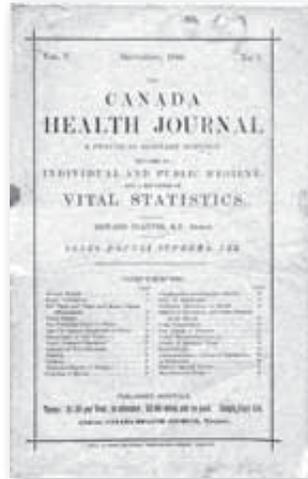
L'Acte de recensement et des statistiques est adopté en 1879. Ce dernier prévoit du financement pour la collecte de statistiques de l'état civil dans les villes dont la population dépasse 10 000 personnes. Au début de 1881, une délégation de l'Association médicale canadienne rencontre le premier ministre, Sir John A. Macdonald, pour discuter de l'établissement d'un bureau des statistiques



Dr. William Canniff

et de l'adoption d'une législation sur les sujets relatifs à la santé. Le premier ministre Macdonald promet de présenter la question rapidement à ses collègues¹⁴ et, en 1882, la *Loi sur la santé publique* oblige les administrations locales à établir des bureaux de santé et à imposer des règlements sur la santé. En 1883, des subventions pour la collecte de statistiques de l'état civil sont accordées, à condition qu'il existe un bureau de santé local actif qui emploie un agent de santé salarié permanent dans les villes, ce qui fournit un incitatif aux investissements dans la santé publique à l'échelle du pays. Par exemple, en 1883, Toronto nomme William Canniff premier médecin hygiéniste salarié permanent, grâce aux subventions fédérales pour la collecte de statistiques sur la mortalité accordées à toute ville qui dispose d'un médecin hygiéniste salarié permanent.

Public Health Journal, 5 (septembre 1880)



De façon plus générale, le parrainage fédéral pour la collecte de statistiques suscite le premier effort pour organiser une association nationale de santé publique au Canada. En 1883, le Dr A. B. Larocque, officier de santé de Montréal, invite les dix autres agents de santé qui participent au programme fédéral à rencontrer l'Association médicale canadienne à Kingston. Le Dr Playter préside cette réunion, qui donne lieu à l'organisation de l'Association fédérale d'hygiène pour obtenir la coopération avec les hommes de médecine de toutes les autres personnes qui sont intéressées au travail en santé publique au Canada et à l'éducation des citoyens et des citoyennes à l'égard des questions liées à

la santé. Toutefois, comme *The Sanitary Journal* le rapporte, en raison de la grande distance entre les divers membres exécutifs, et des difficultés conséquentes en ce qui a trait aux réunions, l'association est dissoute après sa réunion annuelle de 1884 à Montréal, lors de laquelle le nombre de membres présents n'était pas suffisant pour atteindre le quorum¹⁵.

La réussite est plus grande d'un point de vue local. L'association sanitaire de Toronto, créée à l'automne 1884, est supervisée par un conseil de médecins, d'architectes et de plombiers ainsi que par le rédacteur en chef adjoint du *Sanitary Journal*, Alan Macdougall, à titre de secrétaire. Les membres actifs se penchent sur les questions de santé, et les membres associés, soucieux de l'avancement de la science sanitaire, insistent sur la pureté de l'eau, les eaux usées, la ventilation et l'hygiène dans les écoles, les collèges et les autres établissements de l'État, et, enfin, sur l'homologation des plombiers. La société médicale d'Ottawa, préoccupée par la menace de propagation du choléra, se concentre sur les questions de santé au sein de la ville, et le Dr Playter joue un rôle prépondérant après s'être établi dans la région d'Ottawa.

Le Dr Playter aide également à constituer un groupe de députés et de sénateurs compétents sur le plan médical, ainsi que des médecins de la région d'Ottawa, pour une réunion, le 4 mars 1884,

14 « The Public Health: How The Good Work Goes On », *Canada Health Journal*, vol. 5, n° 7 (avril 1881): p. 183

15 « The Dominion Sanitary Association », *The Sanitary Journal*, vol. 6, n° 4 (janvier 1884): p. 122; « Canadian Sanitary Association », *The Sanitary Journal*, vol. 6, n° 11, 12 (août-septembre 1884): p. 310

afin d'examiner de nouveau la question d'un bureau fédéral de la santé. Le D^r Playter présente un plan détaillé, dans le cadre duquel un sous-ministre ou un agent de santé en chef est lié au ministère de l'Agriculture et un comité de santé formé de représentants de chaque province, et au moins 145 agents de santé dans chaque district électoral fournissent des statistiques mensuelles sur les maladies au bureau fédéral de la santé.

Deux semaines plus tard, une délégation de médecins, de conseillers municipaux et d'autres membres de l'Association sanitaire du Québec se rend à Ottawa pour donner une présentation au ministre de l'Agriculture sur des questions liées à la santé publique. Ces derniers réclament une exposition sur la santé, parrainée par le gouvernement fédéral, qui comprendrait une exposition de tous les appareils concernant la santé publique et qui tendrait à informer le public de façon générale sur ce sujet de grande importance, tels que le drainage, les désinfectants, les appareils

de chauffage, les baignoires, les placards, etc.¹⁶

Bien qu'il ait pris certaines mesures pour résoudre la falsification des aliments avec la mise en vigueur d'une législation en 1874 et la révision de la loi en 1884, le gouvernement fédéral hésite à prendre d'autres mesures en matière de santé publique et de prévention des maladies. Un débat à la Chambre des

Plomberie ancienne, 1884

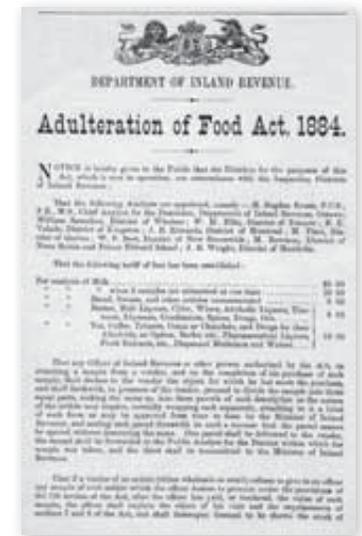


Dominion Sanitary Journal, 6 (15 janvier 1884)

16 « Recent Sanitary Proceedings », *The Sanitary Journal*, vol. 6, n° 6 (mars 1884): pp. 182-183

communes en mars 1884 met l'accent sur le manque de progrès dans les statistiques sur la mortalité, et certains députés déclarent que le gouvernement écoute trop

la profession médicale et remettent en question la subvention fédérale de 600 \$ octroyée au D^r Playter pour 600 exemplaires du *Sanitary Journal*. D'autres font valoir qu'une subvention similaire devrait également être accordée à la nouvelle publication sanitaire de langue française, le *Journal d'hygiène*. En 1887, la subvention fédérale accordée à la revue du D^r Playter est augmentée à 1 000 \$, et 400 \$ sont également fournis au rédacteur en chef de la revue de langue française, publiée par la Société hygiénique de Montréal.



Marie-Canada Home Magazine, 1 (novembre 1885)

L'épidémie de variole de Montréal (1885)

Au printemps 1885, deux conducteurs de voitures Pullman infectés par la variole arrivent à Montréal en provenance de Chicago. La maladie se propage au sein et au-delà de l'hôpital Hôtel-Dieu. Les représentants de la santé publique tentent d'imposer la vaccination et l'isolement, mais ils font face à de la résistance. Certains d'entre eux sont même attaqués alors qu'ils tentent d'enlever les corps des quartiers les plus infectés. Le 28 septembre, la police de toute la ville se réunie pour disperser une bande d'émeutiers qui erre dans les rues tout en lançant des pierres.

Man: Canada Home Magazine, 1 (novembre 1885)

CAUSES OF DEATH.	MONTREAL.			TORONTO.			QUEBEC.			HALIFAX.		
	M.	F.	Total.	M.	F.	Total.	M.	F.	Total.	M.	F.	Total.
1. Small-pox.....	181	200	381	1	1	2	1	1	2	1	1	2
2. Measles.....	2	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2
3. Cholera.....	6	0	6	7	0	7	1	0	1	1	0	1
4. Diphtheria.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
5. Typhoid.....	9	6	15	2	2	4	3	3	6	2	2	4
6. Typhus.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
7. Scarlet fever.....	25	20	45	10	10	20	9	10	19	1	1	2
8. Erysipelas.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
9. Erysipelas (Furunculosis).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
10. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
11. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
12. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
13. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
14. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
15. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
16. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
17. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
18. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
19. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
20. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
21. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
22. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
23. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
24. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
25. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
26. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
27. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
28. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
29. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
30. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
31. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
32. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
33. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
34. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
35. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
36. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
37. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
38. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
39. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
40. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
41. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
42. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
43. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
44. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
45. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
46. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
47. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
48. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
49. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
50. Erysipelas (Erysipeloid).....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Total.....	101	100	201	101	101	202	101	101	202	101	101	202

L'Ontario modifie sa *Loi sur la santé publique* pour obliger la nomination d'un médecin hygiéniste local et d'agents de santé responsables devant le Bureau de santé provincial et, s'il y a lieu, pour nommer des agents de santé locaux et imposer les fonds municipaux pour les payer. Une épidémie de variole ayant frappé l'est de l'Ontario en 1884 donne au Bureau de santé provincial sa première occasion de gérer une menace grave de maladie infectieuse. Lorsque le chef d'un bureau de santé local rassemblé en toute hâte tombe malade, les résidents des villes environnantes font appel au Bureau de santé provincial. Peter Bryce, secrétaire du Bureau de santé provincial, ordonne que les écoles et les églises soient fermées, interdit les rassemblements publics, suspend le service de diligence à destination de la communauté et affecte des constables sur les routes et dans les gares ferroviaires afin de contrôler le déplacement de quiconque peut être porteur de la maladie. Il fait également appel à des étudiants en médecine pour faire du porte-à-porte et administrer des vaccins. Il désinfecte et fumige toutes les maisons infectées, et publie une brochure spéciale qui attaque les points de vue d'un praticien local contre la vaccination. En janvier 1885, après 202 cas et 45 morts, la variole ne s'est pas propagée à l'extérieur du canton.

Antivaccination

La première loi sur la vaccination obligatoire, adoptée en Grande-Bretagne en 1853, exigeait que les parents fassent vacciner leurs jeunes enfants contre la variole. La résistance populaire à la vaccination a commencé immédiatement après et des émeutes violentes ont éclaté dans un certain nombre de villes. La ligue contre la vaccination s'est élevée contre les violations de leurs libertés et choix personnels. Une loi de 1867 étendait l'exigence obligatoire à l'âge de 14 ans et un certain nombre d'autres livres et revues contre la législation relative à la vaccination ont commencé à être publiés dans les années 1870 et 1880 en Grande-Bretagne et ailleurs. À cette époque, les Canadiens français se méfiaient en général davantage de la vaccination que les Canadiens anglais, bien que le sentiment contre la vaccination se retrouve partout au pays. Les Québécois français associaient la vaccination aux chirurgiens britanniques et, bien que bon nombre d'entre eux vivaient dans des logements sales et surpeuplés dans les quartiers les plus pauvres de Montréal, ils étaient hostiles aux tentatives de la santé publique de les aider ou de lutter contre la maladie. Les défenseurs de l'homéopathie traitaient les vaccinateurs de charlatans et bon nombre de pauvres y voyaient une conspiration des riches et des puissants pour tenter de tuer leurs enfants^a.

a R. M. Wolfe et L. K. Sharp, « Anti-vaccinationists past and present », *British Journal of Medicine*, vol. 325 (24 août 2002) pp. 430–432; L'Encyclopédie canadienne, <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1ARTF0007462>

En réponse à la crise croissante de variole à Montréal et de l'absence complète de toute autorité sanitaire provinciale prête à s'attaquer à l'épidémie au Québec, le Bureau de santé de l'Ontario a pris la mesure extraordinaire d'étendre son autorité au-delà des limites provinciales. M. Bryce déploie des inspecteurs médicaux au Québec pour s'assurer que toutes les personnes et tous les trains de fret à destination de l'Ontario ne sont pas infectés par la variole, ce qui est mis en application par l'entremise d'inspection, de vaccination et de fumigation.

En fin de compte, cette stratégie interprovinciale est remarquablement efficace et, en 1885, les décès liés à la variole en Ontario sont limités à 30, alors que le nombre de décès à Montréal s'élève à 3 157, avec un nombre total de 19 905 cas et de 5 964 décès à l'échelle du Québec au cours de cette même année. L'épidémie de Montréal s'est avérée la dernière épidémie de variole non confinée dans une ville moderne, et le Québec adopte alors une loi sur la santé publique en 1886 et établit un bureau de santé provincial en 1887. L'expérience de Montréal avec la variole mène également à la mise en place d'une exigence voulant que tous les passagers et les équipages des navires entrants présentent une preuve de vaccination contre la variole ou se fassent vacciner à leur arrivée au Canada¹⁷.

Laboratoires de bactériologie et de santé publique

En 1882, Louis Pasteur réussit à démontrer son vaccin contre le charbon bactérien pour les moutons, et Robert Koch annonce sa découverte

17 http://www.thecanadianencyclopedia.com/PrinterFriendly.cfm?Params=F1ARTFET_F103

du germe de la tuberculose¹⁸. Cette année-là, aucun navire ne s'arrête à la station de quarantaine de Grosse-Île pour inspection, puisque la quarantaine est en voie d'être remplacée par des règlements plus pragmatiques, qui correspondent davantage à la vitesse accrue du transport océanique et à une meilleure compréhension des maladies infectieuses qui est acquise dans le cadre de la bactériologie. En 1886, le Dr Alexander Stewart, de Palmerston, commence à produire un vaccin contre la variole au nom du Bureau de santé de l'Ontario, et la ferme d'élaboration de vaccins de l'Ontario commence bientôt à expédier des vaccins à d'autres provinces.

En 1890, l'Ontario établit le premier laboratoire de santé publique en Amérique du Nord. Le Dr J. J. Mackenzie, nommé directeur, supervise ces modestes installations, travaillant avec la seule aide d'un jeune garçon pour prendre soin des animaux et nettoyer la verrerie. En 1900, le Dr John A. Amyot remplace le Dr McKenzie en qualité de directeur du laboratoire provincial et, en 1910, il est également nommé professeur à temps partiel au sein du nouveau département de l'hygiène et des sciences sanitaires de l'université provinciale.

Mettant à profit le modèle de l'Ontario, des laboratoires bactériologiques publics sont établis au Québec, en Nouvelle-Écosse en 1894 et au Manitoba en 1897.



Dr Alexander Stewart



Dr J.J. Mackenzie

18 Peter H. Bryce, « History of Public Health in Canada », *The Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, vol. 1, n° 6 (juin 1910): p. 290



John A. Amyot

Premier sous-ministre du ministère fédéral de la Santé et premier président du Conseil fédéral d'hygiène

Le lieutenant-colonel John A. Amyot est né à Toronto en 1867 et est diplômé en médecine à l'Université de Toronto en 1891. En 1900, il est nommé directeur du conseil d'administration provincial de l'Ontario du laboratoire de santé où il restera en poste jusqu'en 1919. D^r Amyot joue un rôle moteur dans la mise en place d'un système de la filtration et de la chloration de l'eau ainsi que dans la pasteurisation du lait au Canada. En 1919, D^r Amyot devient le premier sous-ministre du ministère fédéral de la Santé, au sein duquel il engage la coopération des autorités locales et provinciales en matière de santé au Canada. Lorsque le ministère de la Réintégration des combattants à la vie civile et le ministère de la Santé se regroupent en 1828 sous le nom de ministère des Pensions et de la Santé nationale, il devient le sous-ministre de ce nouveau ministère. D^r Amyot exerce une forte influence sur la santé publique au Canada pendant presque 40 ans.

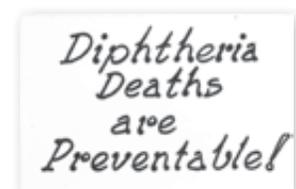
(Revue canadienne de santé publique, vol. 25, 1934)

Le premier travail du laboratoire de l'Ontario met l'accent sur l'examen systématique des approvisionnements en lait et en eau, les essais des échantillons prélevés de cas suspects de diphtérie et de fièvre typhoïde, l'utilisation de méthodes chimiques et bactériologiques pour garantir la sécurité des provisions publiques et l'examen des épidémies de rage. Vers le milieu des années 1890, les laboratoires provinciaux de santé publique facilitent également l'inspection des bovins et de la viande et le diagnostic sérique des cas de fièvre typhoïde.

L'élaboration et la mise à l'essai d'un vaccin contre la rage par Louis Pasteur en France sont un événement clé dans la révolution bactériologique. Le succès du traitement de M. Pasteur contre la morsure, autrement toujours fatale, d'un animal enragé suscite un intérêt considérable. L'Institut Pasteur, établi à Paris en 1888, est le premier d'une série d'établissements construits partout dans le monde pour préparer le nouveau traitement de la rage, ainsi que les antitoxines de la diphtérie et du tétanos, découvertes dans les années 1890.

L'incidence de la diphtérie augmente de façon importante partout dans le monde pendant la deuxième moitié du 19^e siècle. Son organisme bactérien causal est identifié en 1883-1884, et l'endotoxine particulière produite par la maladie est reconnue en 1888. En 1895, le département de la santé de la ville de New York produit et administre les premières injections d'antitoxines contre la diphtérie et, en 1889, un ancien collaborateur de Louis Pasteur établit le New York Bacteriological and Pasteur Institute, qui devient l'une des premières entreprises à produire et à commercialiser les nouvelles antitoxines en Amérique du Nord.

Le coût de l'importation de l'antitoxine contre la diphtérie est au centre d'une discussion animée lors d'une réunion de l'Association médicale de l'Ontario en 1905. Un éditorial dans le *Canada Lancet* constate à quel point il est remarquable que le découvreur de l'antitoxine contre la diphtérie, Emil von Behring, n'ait rien reçu pour sa découverte, tandis



« Les décès causés par la diphtérie sont évitables! »

Sanofi Pasteur Limited, campus Connaught, archives



que les fabricants commerciaux ont, eux, gagné des millions et que le public a dû payer très cher pour le sérum... Une telle découverte devrait relever de la plus haute autorité du gouvernement du pays¹⁹.

Une poussée pour l'avancement

Entre-temps, Edward Playter et les autres réformateurs de la santé continuent de travailler pour maintenir l'intérêt à l'égard des questions de santé publique au sein de la compétence fédérale au Canada. Le D^r Playter donne aux membres du Parlement des exposés détaillés insistant sur le taux de mortalité au Canada, de 25 % plus élevé que celui de la Grande-Bretagne, et sur l'immense perte d'argent au Canada en raison de maladies et de décès évitables²⁰.

En 1891, lors du décès du premier ministre John A. Macdonald, le D^r Playter écrit que cette disparition est une perte importante pour le développement de la santé publique canadienne. Selon lui, il est probable que sans lui la revue n'aurait pas survécu plus d'une année ou deux, et, à n'en pas douter, un système fédéral de santé complet aurait été établi si

Sir John Macdonald avait vécu même une seule année de plus²¹.

Après le décès de Sir John Macdonald, le D^r Playter voit son énergie défaillir et le dernier numéro de sa revue, qui déjà tire le diable par la queue, est publié en septembre 1892. Lorsque l'Association fédérale d'hygiène échoue également, le D^r Playter quitte Ottawa à destination de Toronto pour rétablir sa pratique, laissant aux autres l'ambition de toute sa vie, à savoir établir une association nationale de santé publique et un programme adéquat de services de santé publique, auxquels la profession médicale participerait étroitement²².



Health, Disease and Medicine: Essays in Canadian History (Toronto, 1982)

Les médecins déplorent la somme de fonds publics dépensés par le ministère de l'Agriculture sur la prévention et l'élimination des maladies infectieuses chez les animaux et les plantes, tandis qu'une somme minime est investie dans la prévention ou l'élimination des maladies chez les humains. Lors d'une comparution devant le premier ministre Wilfrid Laurier, en 1908, l'Association médicale canadienne déclare que les connaissances scientifiques de notre époque ne sont pas utilisées pleinement dans la prévention de nombreuses formes de maladies dont la source a été trouvée. Il a été estimé que le coût de la fièvre typhoïde au Canada s'élève à 5,5 millions de dollars

19 « Discovery and Commercialism », *Canada Lancet*, vol. 39, n° 5 (janvier 1906) : pp. 463–464.

20 Edward Playter, « An Address to the Members of the Parliament of Canada », *Man: A Public Health Magazine*, vol. 1 n° 6 (avril 1886) : pp. 183–193; Edward Playter, « On the High Death Rate in Canada and its Prevention: An Address to the Members of the Parliament of Canada », *Canada Health Journal*, vol. 9 n° 5 (mai 1887) : pp. 109–113

21 « Editorial Notes », *Canada Health Journal*, vol. 13 n° 6 (juin 1891) : p. 105; « Playter, Edward », *The Canadian Men and Women of the Time: A Handbook of Canadian Biography*, H. J. Morgan (ed.) (Toronto: W. Briggs, 1898), p. 824

22 Defries, « Twenty Years of Pioneer Effort to Establish a Canadian Health Association », pp. 365–366; Defries, « Dr. Edward Playter: A Vision Fulfilled », pp. 373–75

Dominion Sanitary Journal, 6
(15 mai 1884)



par année. Il y a également quelque 40 000 cas de tuberculose et 8 000 décès au Canada chaque

année dont le coût estimatif pour l'économie s'élève à 8 800 \$ chacun, pour un total de 70 400 000 \$ par année²³.

La lutte pour la prévention et le contrôle des maladies infectieuses suscite la création d'un certain nombre d'organisations nationales comme l'Association canadienne de préservation contre la tuberculose, établie en 1901, ainsi que l'expansion d'autres groupes dans cette sphère d'intérêt. Par exemple, le Conseil national des femmes se consacre, en 1906, à la lutte contre les maladies vénériennes.

L'éducation publique demeure fondamentale pour les croisades en matière de santé publique des réformateurs. Bien que la nouvelle compréhension en matière de bactériologie ait été adoptée par les élites médicales et sociales au Canada, de très nombreuses classes rurales et ouvrières, pour la plupart analphabètes, s'accrochent à leurs vieilles croyances et à leurs attitudes fatalistes à l'égard des maladies infectieuses.

Peter Bryce quitte Toronto pour Ottawa en 1904 et devient médecin-chef des ministères de l'Intérieur et des Affaires indiennes, mais ses efforts pour faire avancer la santé publique au sein du gouvernement fédéral ne connaissent pas le même succès que dans le cas de la réforme du système provincial de l'Ontario.

23 « Dominion Bureau of Health », *Canada Lancet*, vol. 41 n° 7 (mars 1908) : pp. 549–550; « A Federal Department of Health », *Canada Lancet*, vol. 41 n° 8 (avril 1908) : p. 652

Le D^r Frederick Montizambert, qui a travaillé comme gestionnaire de la station de quarantaine de Grosse-Île depuis 1869, est nommé directeur général de la santé publique et conseiller en matière de santé auprès du gouvernement fédéral en 1899. Cette promotion à un poste à Ottawa pour la supervision des maladies contagieuses dans les Territoires du Nord-Ouest lui est offerte en reconnaissance de ses longues années de service, mais l'absence d'un salaire approprié pour son nouveau poste de sous-ministre, selon sa perception, reflète toutefois un manque de reconnaissance pour la valeur de son travail²⁴.



Frederick Montizambert

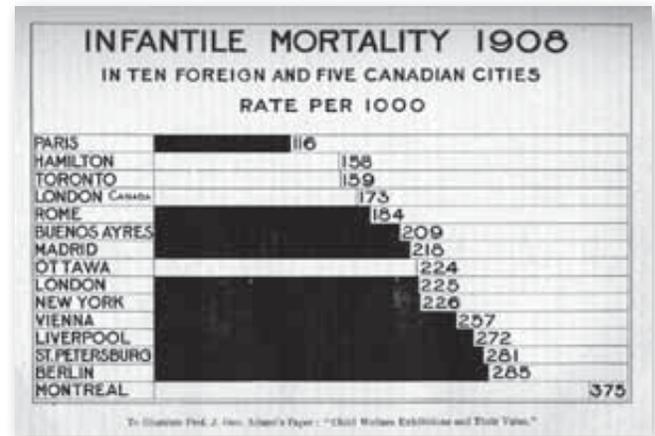
Le D^r Montizambert naît à Québec en 1843 avant d'accéder au poste de surintendant

adjoint puis de surintendant médical de la Station de quarantaine de Grosse-Île. Alors que des milliers de personnes arrivant au pays meurent de la fièvre typhoïde et du choléra, le D^r Montizambert renforce la réglementation sur la quarantaine et, en 1894, il est nommé au poste de surintendant général des services de quarantaine du Canada. Il occupe le poste de directeur général de la santé publique de 1899 jusqu'en 1919 et joue un rôle de premier plan dans l'organisation de l'Ambulance Saint-Jean, des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, de l'Association pulmonaire du Canada et de l'Association canadienne de santé publique.

(*La Revue canadienne de santé publique*, janvier 1959)

24 Bilson, « Dr. Frederick Montizambert (1843–1929): Canada's First Director General of Public Health », pp. 393–395

Grâce à ces deux hommes, ainsi qu'à un certain nombre d'autres personnes qui préconisent le changement, des progrès sont lentement enregistrés dans l'établissement de l'infrastructure de santé publique du Canada et des fondements juridiques et éducatifs. L'Université McGill fonde une chaire d'hygiène en 1894, tandis que l'Université de Toronto crée un département d'hygiène en 1896. Le premier sanatorium de tuberculose du Canada, le Muskoka Cottage Sanatorium, est ouvert en 1887 et, tout au long du siècle suivant, les gouvernements provinciaux se mettent à lancer des actions concertées contre cette maladie. En 1904, le ministère de l'Intérieur et des Affaires indiennes nomme un médecin hygiéniste pour organiser et superviser la santé de plus de 100 000 Autochtones à l'échelle du pays. On s'attend également de plus en plus que la révolution bactériologique continue de porter



Public Health Journal, 3 (July 1912)

des fruits et de produire rapidement de nouveaux médicaments prodigieux contre les autres maladies infectieuses. Mais l'effondrement de la revue du Dr Playter en 1892 et l'échec du Dominion Health Institute donnent le pouls des défis constants touchant l'expansion de la santé publique au Canada. La retraite du Dr Playter puis son décès en 1909 marquent la fin d'une ère.

1910–1919

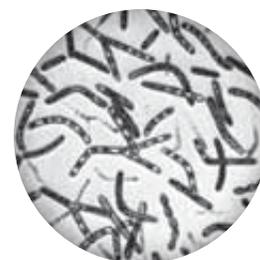
CHAPITRE 2

La santé publique : Une histoire canadienne

Transformation et Première Guerre mondiale

Transformation et Première Guerre mondiale	2.1
Paralysie infantile : la nouvelle épidémie	2.4
Association canadienne de santé publique	2.5
Typhoïde	2.7
Examens médicaux dans les écoles	2.9
Croissance de l'éducation en matière de santé publique	2.10
Maladies vénériennes et hygiène sociale	2.12
Structures provinciales	2.13
Défis à relever	2.15
Maladies vénériennes	2.17
Grippe « espagnole »	2.19
Coordination nationale	2.20

Lors de la première rencontre annuelle de la Commission pour la conservation des ressources naturelles, en janvier 1910, Peter Bryce, médecin hygiéniste en chef des ministères de l'Intérieur et des Affaires indiennes, conseille vivement à la Commission de tenir compte de la santé publique dans ses efforts pour préserver et protéger les ressources naturelles du pays. Bryce insiste sur la nécessité de relever les défis en matière de préservation de la vie des enfants, de santé des enfants d'âge scolaire, de tuberculose, de décès de nature industrielle et de mesures de prévention des maladies. La tuberculose et les maladies infectieuses, qui sont répandues par l'eau contaminée, sont de grandes sources d'inquiétude, et on donne à un sous-comité de la Commission le mandat de concevoir un plan national de traitement et de prévention de la tuberculose et de mettre au point, avec les provinces, des lois permettant de prévenir la pollution des cours d'eau par les égouts¹.



Tubercle bacillus

¹ Charles A. Hodgetts, « The Canadian Commission of Conservation and Public Health », *Journal of the American Public Health Association* 1 (juin 1911) : 400–05; P.J. Smith, « Commission de la conservation », *L'Encyclopédie canadienne* (Fondation Historica du Canada, 2009). Sur Internet : <http://www.canadianencyclopedia.com>



Maurice Macdonald Seymour

Leader de la première heure en santé publique au Saskatchewan

Le Dr Maurice M. Seymour est responsable de la santé publique dans la nouvelle province de la Saskatchewan à partir de 1905 et en 1906, il met sur pied la Saskatchewan Medical Association. Il répond rapidement aux besoins locaux et provinciaux en proposant des projets de loi novateurs pour les médecins et les hôpitaux municipaux et la gratuité de la tuberculination sur le bétail. Il a fondé la Saskatchewan Anti-tuberculosis League, a engagé son premier médecin et son premier directeur et a choisi le lieu du premier préventorium. Dans le cadre du « Seymour Plan, » les médecins dispensaient le vaccin contre la diphtérie en septembre et octobre, contre la variole durant les mois de novembre et de décembre et contre la typhoïde durant les mois de janvier et de février. Il a fait de la santé publique un domaine facile à comprendre, avec des slogans tels que « Ne pas cracher » et « Chassez les mouches ».

(L'University of Regina et le Canadian Plains Research Centre, 2007)

Le sous-comité s'inspire de ce qui se fait en Saskatchewan, province canadienne depuis 1905, qui a mis en œuvre des politiques progressistes de santé publique sous la direction de Maurice Seymour, son médecin hygiéniste en santé publique. La loi sur la santé publique de la Saskatchewan, tel que l'indique un article du journal *Globe*, de Toronto, est nettement en avance sur les autres lois du même type

ailleurs dans le Dominion grâce à ses mesures de protection des sources d'approvisionnement en eau et de soins pour les tuberculeux. En Saskatchewan, l'approvisionnement en eau repose sur un réseau plutôt fragile et, par conséquent, la loi prévoit que les municipalités doivent obtenir l'autorisation de la toute nouvelle Commission sur la santé publique avant d'entreprendre des travaux de construction ou d'amélioration des systèmes d'égout. En tant que commissaire de la santé publique, Seymour est directement responsable de l'application de la loi et du bureau de santé publique de la Saskatchewan. Ailleurs, les provinces appliquent leurs lois en matière de santé publique par l'intermédiaire de bureaux de la santé provinciaux et d'un secrétaire ou d'un agent de santé en chef – un système, selon le *Globe*, de plus en plus reconnu comme étant encombrant et inefficace, surtout en cas d'épidémie de typhoïde et de variole².

Arthur Goos, photographe, archives de la ville de Toronto, RG-8-32-315



Cour arrière, 512, rue Front Est, août 1914

En plus d'une meilleure gestion des égouts et de la nomination d'un ingénieur sanitaire provincial, la loi sur la santé publique de la Saskatchewan prévoit la divulgation obligatoire de tous les cas de tuberculose, pour que les patients puissent se faire enseigner les précautions à prendre pour minimiser les risques

2 G. D. Porter, « Pioneers in Public Health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 40 (février 1949) : p. 85; « Saskatchewan In Lead », *The Globe* (28 janvier 1910) : p. 5

de contagion³. En réponse au défi de plus en plus grand posé par l'épidémie de tuberculose, certaines provinces ouvrent des hôpitaux spéciaux, appelés sanatoriums, afin d'y prodiguer des soins payés par les fonds publics. Le premier sanatorium du Canada ouvre ses portes en 1897, à Gravenhurst, en Ontario. D'autres suivront au Manitoba (1910), au Nouveau-Brunswick (1913) et en Saskatchewan (1917). Malgré le grand nombre de cas de tuberculose dans la population autochtone, le traitement en sanatorium n'est généralement pas utilisé pour traiter les Autochtones pendant des décennies, alors que le gouvernement fédéral tente maladroitement de limiter ses dépenses⁴.

La rage et la poliomyélite, nouvelles menaces épidémiques, font leur apparition au début de la décennie. En 1910, l'écllosion de rage dans le sud-ouest de l'Ontario sème l'inquiétude parmi la population et incite l'Académie de médecine de Toronto à militer pour la création d'un institut Pasteur à Toronto, qui pourra produire localement le vaccin contre la rage que Louis Pasteur a mis au point à Paris dans les années 1880. Le journal médical *The Canada Lancet* rapporte que les victimes de la rage doivent se rendre à New York pour y recevoir un traitement de 21 jours. Pour répondre à la demande, le Bureau de santé provincial offre le traitement contre la rage dans des cliniques spéciales à l'Hôpital général de Toronto et à l'Hôpital pour enfants de Toronto à raison de 25 \$ par cas, afin de couvrir le coût du vaccin

3 G. D. Porter, « Pioneers in Public Health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 40 (février 1949) : p. 85; M. M. Seymour, « Health Work in Saskatchewan », *Public Health Journal*, vol. 16 n° 4 (avril 1925) : pp. 151–153

4 S. Grzybowski et E. A. Allen, « Tuberculosis: 2. History of the disease in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 160 (6 avril 1999) : pp. 1025–1028



Helen MacMurchy

Pionnière d'initiatives en matière d'hygiène mentale et de bien-être des enfants

La D^{re} Helen MacMurchy est l'une des pionnières en matière de santé mentale et de bien-être des enfants au Canada. En 1906, la D^{re} MacMurchy est nommée au poste d'inspecteur des personnes ayant des déficiences intellectuelles au ministère du Secrétariat provincial de l'Ontario et s'intéresse particulièrement à l'éducation et aux services d'aide sociale dans ce domaine ainsi qu'au bien-être des enfants en général. En 1920, à la suite de l'établissement du ministère fédéral des Pensions et de la santé nationale, la D^{re} MacMurchy est choisie afin d'assumer les fonctions de directrice de la Division du bien-être des enfants. Elle devient également la première femme à être nommée au Comité international permanent du congrès sur l'hygiène. Après sa retraite de cette fonction en 1934, elle se consacre à la rédaction de nombreux articles et ouvrages scientifiques dont la publication contribue considérablement à l'essor de ces disciplines qui sont le point de mire de sa carrière.

(*Revue canadienne de santé publique*, vol. 28, 1937)

importé de New York. Ce programme se termine à l'été de 1913, quand le laboratoire provincial de l'Ontario amorce la production de son propre vaccin antirabique⁵.

5 « The Rabies Outbreak », *Canadian Journal of Medicine and Surgery*, vol. 27 n° 4 (avril 1910) : 222–226; « Rabies in Canada », *Dominion Medical Monthly*, vol. 35 n° 3 (mars 1910) : p. 128; R. D. Defries et N. E. McKinnon, « The Rabies Problem and the Use of Rabies Vaccine (Semple) in Canada », *University of Toronto Medical Bulletin*, vol. 9 (1929) : p. 8

Paralysie infantile : la nouvelle épidémie

Peu après que les craintes concernant la rage se soient dissipées, la première apparition répandue au Canada d'une étrange maladie parfois fatale sème à son tour l'inquiétude⁶. En juillet 1910, une petite fille de la région de Hamilton, en Ontario, est transportée à l'hôpital pour y être traitée de ce que l'on croit être un cas de rage; elle en meurt. On découvre plus tard qu'elle était plutôt atteinte de paralysie infantile (poliomyélite). La rage et la poliomyélite sont deux maladies virales qui affectent le système nerveux central, et on en confond souvent les symptômes. Dans le *Toronto Star* on rapporte que bien que la majorité des cas concernent des enfants de moins de quatre ans, deux ou trois adultes ont contracté la maladie. Il y a quelques années, la maladie s'est répandue dans une partie des États-Unis, faisant des centaines de victimes⁷. Les autorités en matière de santé publique reconnaissent que la paralysie infantile n'est pas une nouvelle maladie, mais un article du magazine *Maclean's*, paru en 1912, a pour titre *Paralysis: The New Epidemic* (paralysie : nouvelle épidémie). L'auteure, Helen MacMurchy, figure d'autorité en matière de santé infantile et maternelle, écrit que tragiquement, 1910 a été une année fantastique pour la poliomyélite. Cette année-là, elle est apparue partout sur la planète⁸.

6 C. J. Ruddy, « Do Something! Do Anything! Poliomyelitis in Canada, 1927–1962 », Ph.D. Thesis, Department of History, University of Toronto, 1995; C. J. Ruddy, L. Barreto, R. Van Exan, et S. Gilchrist, « Pour invalider la polio : Le Canada et l'éradication de la polio », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 93 (mars-avril 2005), encart spécial

7 « Children are Attacked by Strange Epidemic », *Toronto Star* (17 août 1910) : p. 1

8 H. MacMurchy, « Paralysis: The New Epidemic », *Maclean's* (novembre 1912) : p. 110



Charles John Colwell Orr Hastings

Un médecin hygiéniste en chef de renommée internationale

D^r Charles Hastings était le médecin hygiéniste de Toronto de 1910 à 1929. Il milite pour faire de Toronto la première ville au Canada à pasteuriser le lait. Il introduit un système d'approvisionnement en eau salubre et établit un système de soins infirmiers de santé publique reconnu à l'échelle internationale. D^r Hastings est le principal pionnier des programmes d'éducation sanitaire, d'inspection médicale et dentaire dans des écoles publiques et des pouponnières communautaires au Canada. Sous sa direction, le ministère de la Santé de Toronto, ayant un personnel de 27 personnes et une seule infirmière hygiéniste en 1910, s'est développé pour compter 500 membres du personnel et 114 infirmières hygiénistes en 1920. Toronto devient un modèle d'administration de santé publique au Canada et à l'échelle mondiale. La clé de sa bonne réputation était les notes précises, en pensant que les notes fournissent une orientation et une justification pour les programmes sanitaires. Son but pour Toronto était de mettre en place un ministère de la Santé qui « réduirait par tous les moyens les maladies inutiles et évitables ainsi que la souffrance et la mort prématurée ».

(Janice R. Sandomirsky, *Toronto's Public Health Photography*)

En effet, lors de la conférence des médecins et chirurgiens américains de 1910, la poliomyélite est au centre de toutes les discussions.

MacMurchy ajoute que le nombre de victimes de la tuberculose baisse chaque année, alors que la polio fait maintenant des milliers de victimes là

où on pouvait les compter sur les doigts d'une main. La polio n'est pas comme les maladies qui affectent les pauvres ou les faibles et on ne sait toujours pas ce qui la cause. MacMurchy, dans son article à propos de cette pestilence qui rôde dans la noirceur, se demande comment la polio choisit ses victimes, où elle les frappe, afin que nous puissions les protéger de ses attaques meurtrières et cruellement débilitantes. Personne ne s'accorde à reconnaître la nature contagieuse de la maladie, et on ne s'entend pas sur les mesures à prendre pour la contrôler, la prévenir et la traiter⁹. Un pathologiste réputé explique aux membres de la société neurologique de Chicago que nous ne pouvons même pas diagnostiquer la maladie, parce que le premier symptôme reconnu est la paralysie du patient¹⁰. Les représentants de la santé de Toronto exigent que les patients s'isolent dans une pièce de leur domicile, sans toutefois avoir à placarder la maison et la mettre en quarantaine, alors qu'à Hamilton, en Ontario, on placarde les lieux de résidence. En 1911, au Canada, seuls l'Ontario et la Colombie-Britannique ont inscrit la paralysie infantile sur la liste des maladies à signaler. Une enquête menée par la Commission canadienne de la conservation demande aux médecins du pays de rapporter les cas de paralysie infantile et les décès qui lui sont attribuables; la Commission reçoit des rapports concernant 658 cas et 46 décès du 1^{er} novembre 1909 au 31 octobre 1910¹¹.

9 « New Disease A National Peril », *Toronto Star* (3 octobre 1910) : p. 7; R. W. Lovett, « The Occurrence of Infantile Paralysis in the United States and Canada in 1910 », *American Journal of Diseases of Children*, vol. 2 (août 1911) : pp. 65-74

10 « Infantile Paralysis », *The Globe* (12 novembre 1910) : p. 21

11 « Infantile Paralysis », *The Globe* (29 juin 1911) : p. 5; C. A. Hodgetts, « The Statistics of Infantile Paralysis », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 1 (novembre 1911) : pp. 1036-1039

En octobre 1910, la Commission canadienne de la conservation organise à Ottawa une conférence spéciale sur la santé publique pour permettre aux représentants de la santé provinciaux et fédéraux de rencontrer le nouveau conseiller médical de la Commission, Charles Hodgetts. Hodgetts se concentre sur la présence persistante de la typhoïde en raison de la contamination de l'eau dans les villes canadiennes. Au Canada, le taux de décès dus à la typhoïde excède celui des États-Unis, du Royaume-Uni et de la plupart des pays européens et, selon le *Globe*, Hodgetts déclare qu'il est temps d'assumer nos responsabilités et de nous hâter à faire le ménage chez nous¹². Hodgetts recommande la mise en œuvre de lois fédérales plus efficaces en collaboration avec les ministères de la Santé des diverses provinces. À l'issue de la conférence, on demande la mise en place d'un conseil fédéral de la santé, de mesures gouvernementales veillant à éviter la pollution des services d'eau publics, de sanatoriums pour tuberculeux subventionnés par le gouvernement fédéral et les provinces et, enfin, du financement nécessaire pour une campagne d'éducation contre la peste blanche (tuberculose). Il est également recommandé qu'un laboratoire soit créé, où on pourra effectuer des recherches et fabriquer des vaccins et des antitoxines.

Association canadienne de santé publique

Le 12 octobre 1910, lors d'une réunion en soirée présidée par Peter Bryce, les médecins torontois Duncan MacKenzie Anderson et Lester McDonnell Coulter rencontrent quatorze représentants de la santé à la conférence dans le but de fonder l'Association canadienne

12 « Health Measures », *The Globe* (13 octobre 1910) : p. 4



Le prince Arthur William Patrick Albert, 1er duc de Connaught et de Strathearn

de santé publique. Anderson et Coulter publient un nouveau journal national de santé publique depuis janvier 1910, 18 ans après qu'Edward Playter

ait mis un terme à la publication du *Canada Health Journal*. Le *Public Health Journal* est rédigé et publié chaque mois par la York Publishing Company, fondée par Anderson et Coulter en 1909.

Les rédacteurs en chef de ce nouveau journal concentrent leurs efforts à la création de la nouvelle association, qu'ils constituent en personne morale en Ontario le 22 septembre 1910, en collaboration avec A. J. Harrington, dentiste torontois, Charles J. O. Hastings, médecin hygiéniste de Toronto, et T. Aird Murray, récemment devenu conseiller en matière de systèmes d'égoûts auprès du bureau de la santé publique de la Saskatchewan. La raison d'être de cette association est de définir des normes professionnelles de santé publique, de mener la recherche et de diffuser des renseignements techniques et scientifiques. L'objectif de l'Association canadienne de santé publique vise le développement de la science et de l'art de la prophylaxie tout en faisant la promotion de l'aide sociale et en favorisant la conservation judicieuse des ressources naturelles, la popularisation de l'eugénique et une coopération efficace à l'échelle nationale et internationale dans tous les domaines de la santé publique¹³.

Le premier président de l'Association canadienne de santé publique est T. A. Starkey, professeur d'hygiène à l'Université McGill, son secrétaire est le major Lorne Drum, officier responsable du laboratoire militaire d'hygiène, et son trésorier est George Porter, secrétaire de l'Association canadienne anti-tuberculeuse. Le gouverneur général, le duc de Connaught, devient président d'honneur de l'Association canadienne de santé publique et l'Association reçoit une charte fédérale en avril 1912. Tout le monde peut devenir membre, actif ou associé, à raison de 3 \$ ou de 2 \$ respectivement, ce qui comprend un



George Dana Porter

Leader du Mouvement contre la tuberculose au Canada et membre fondateur de l'ACSP

En 1908, le Dr Porter quitte sa pratique de Toronto pour se consacrer au mouvement de lutte contre la tuberculose au Canada. Il a été reconnu d'un océan à l'autre comme le leader du mouvement contre la tuberculose, encourageant et inspirant partout les profanes à organiser des sociétés locales contre la tuberculose et à fournir de l'hébergement en sanatorium pour les patients en ayant besoin. Il est l'un des membres fondateurs de l'ACSP et son premier trésorier bénévole de 1910 à 1914. C'est grâce à son intérêt et sa participation financière que l'Association s'approprie la Revue canadienne de santé publique (publiée initialement sous le nom : Revue de santé publique) et le Dr Porter a aidé généreusement à son maintien.

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

13 « Inter Alia », *Public Health Journal of Canada*, vol. 1 n° 9 (septembre 1910) : pp. 460-461

Eugénique

Inventé par l'un des grands scientifiques du 19^e siècle, Francis Galton, le terme « eugénique » se définit par l'utilisation des découvertes scientifiques dans le domaine de la génétique pour favoriser la multiplication de ceux qui sont dignes d'être reproduits, comme les érudits et les grands athlètes, et limiter l'arrivée de nouvelles générations de personnes considérées comme « indignes » en raison d'une intelligence moindre, de problèmes de santé mentale ou de certains types de maladies chroniques et de handicaps, comme la tuberculose, l'alcoolisme et une « propension aux activités criminelles ». Des lois et des règlements permettant d'appliquer l'eugénique comme la pratique de la « stérilisation des indignes » ont été

adoptés dans plusieurs États éclairés, incluant la Suède, quelques États américains et certaines provinces canadiennes. Certaines de ces lois et réglementations sont demeurées dans les recueils de lois longtemps après que la pratique de l'eugénique ait été radicalement discréditée à la suite de l'étude approfondie des schémas de santé et de maladie dans l'aristocratie et les familles au pouvoir en Europe, et par les tristement célèbres politiques de purification raciale défendues et pratiquées par le parti nazi en Allemagne dans les années 1930. Parmi les derniers États à éradiquer ces lois, on compte la Suède et l'Alberta; les deux ont modifié leurs lois en 1970, même si celles-ci n'avaient pas été appliquées, de ce que l'on sait, depuis de nombreuses années. – *John Last*

abonnement d'un an au *Public Health Journal*¹⁴. Dans un éditorial de ce journal, on promet que l'Association contribuera à éliminer l'isolement des travailleurs provinciaux du domaine de la santé. Partout, les agents de la santé sont trop souvent perçus comme un mal nécessaire, un peu comme les nuisances qu'ils doivent combattre, plutôt que comme des éléments cruciaux de la construction du tissu social d'un État moderne¹⁵.

Typhoïde

Sanoft Pasteur Limitée, campus Connaught, archives



Peu après la première réunion de l'Association canadienne de santé publique, la ville d'Ottawa donne la preuve qu'un

système d'égouts mal contrôlé peut causer une importante éclosion de typhoïde. On relève des cas de typhoïde dans la région depuis plusieurs années, en particulier dans les quartiers plus pauvres de la ville; les autorités les ignorent. En janvier 1911, la typhoïde se répand dans tous les secteurs de la ville, affectant 987 personnes et faisant 83 victimes de janvier à mars. En pleine vague d'inquiétude et de critiques du gouvernement local, l'agent de santé en chef de l'Ontario, J. W. S. McCullough, et le secrétaire du Conseil fédéral d'hygiène, Charles Hodgetts, viennent prêter main-forte au commissaire de la santé local pour mener l'enquête. Ils découvrent que de l'eau contaminée par les égouts est déversée dans la rivière des Outaouais et fait son chemin jusque dans l'approvisionnement en eau de la ville. Malgré la recommandation d'amorcer un plan de traitement des eaux, peu de mesures sont prises, car une rivalité entre certains conseillers municipaux aspirant à la mairie qui proposent leurs propres programmes de traitement des eaux transforme cette crise

14 Minutes, Meeting for Organization of the Canadian Public Health Association, October 12, 1910, Canadian Public Health Association

15 « The Canadian Public Health Association Congress », *Public Health Journal*, vol. 2 (novembre 1911) : p. 504

L'évacuation des eaux usées doit être prise en main. Les latrines représentent une menace, car elles favorisent la reproduction des mouches. Les déchets sont jetés dehors par la porte, ce qui leur donne un autre endroit pour se reproduire. Ces déchets pourraient être mis dans une poubelle, puis rassemblés en tas pour en faire de l'engrais. De nombreuses fosses septiques sont mises en place aujourd'hui dans les endroits les plus modernes au pays, mais il reste des milliers de fermes qui ne disposent d'aucun moyen pour évacuer les déchets à part les jeter dehors.

– M. W. Stephen, procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 1919

de santé publique en crise politique. Quand une seconde épidémie affecte 1 378 personnes et fait 91 victimes en juillet 1912, McCullough impose à la ville une amende de 100 \$ par jour¹⁶.

Les villes nord-américaines commencent à se doter de systèmes d'égouts dans les années 1800. À l'origine, les égouts ont comme but premier d'acheminer les eaux usées jusqu'au cours d'eau le plus proche. Les déchets non traités échouent sur les plages et contaminent les lacs et les baies dans lesquels on puise l'eau potable. La gestion des systèmes d'égouts et d'approvisionnement en eau s'améliore graduellement, mais la typhoïde contractée en buvant du lait contaminé force la prise de mesures à l'échelle locale, provinciale et nationale durant les années 1910. Les villes sont les premières à organiser le contrôle de l'approvisionnement en lait (Québec, en 1884,

16 « Report of the Committee on Public Health of the Commission of Conservation on the Ottawa Typhoid Epidemic », *Public Health Journal*, vol. 2 (août 1911) : p. 372–373; Major L. Dunn, « Typhoid Fever: Character of the Recent Epidemic at Ottawa, January 1st to March 18th, 1911 », *Public Health Journal*, vol. 2 (septembre 1911) : pp. 412–414; « Ottawa Must Act or Province will Impose Penalty », *The Globe* (3 août 1912) : p. 1

et Winnipeg, en 1885) et sont suivies par quelques provinces un peu plus tard. En 1908, l'Association médicale canadienne met sur pied la Commission du lait; celle-ci travaille en collaboration avec les conseils locaux et provinciaux de la santé pour enquêter sur l'approvisionnement en lait, et surtout sur la propagation de maladies transmissibles, comme la tuberculose. En tant que médecin hygiéniste de la ville de Toronto, Charles Hastings opte pour une approche proactive afin de régler le problème et, en 1911, l'Ontario vote une série d'amendements à sa *Loi sur la santé publique* et adopte sa *Loi sur le lait* afin de donner plus

Il est vrai que dans de nombreuses fermes, on ne considère pas le lait comme de la nourriture, toute la production de lait est envoyée à la crèmerie, et seule une très petite quantité est conservée pour les besoins de la famille. Souvent la crème est séparée du lait, et l'enfant boit du lait écrémé. Il faut mettre en place une mesure corrective, et cette mesure, c'est l'éducation. Il a été indubitablement prouvé qu'aucun aliment ne remplace le lait pour nourrir les enfants. Je dois dire que la moitié des enfants nés au pays ne boivent pas suffisamment de lait, alors que le lait est abondant. Je pense qu'insuffisamment d'attention a été prêtée à l'équilibre de l'alimentation des enfants dans les communautés agricoles. Le fermier se soucie de la nourriture donnée à son bétail, mais ne prête aucune attention à celle qu'il donne à ses enfants.

– M. W. Stephen, procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 1919

de pouvoir aux autorités locales de la santé et de réglementer plus strictement la production et la vente de lait dans la province. Le *Public Health Journal* note que l'Ontario a enfin compris l'importance d'agir promptement en matière de prophylaxie d'État¹⁷. La réglementation de la production du lait est également au cœur de la nouvelle *Loi sur la santé publique* du Manitoba de 1911.

Examens médicaux dans les écoles

Les inquiétudes concernant l'approvisionnement en lait grandissent étant donné l'intérêt que l'on accorde de plus en plus à la santé physique et mentale des enfants et qui se traduit par des examens médicaux menés dans les écoles canadiennes à partir de 1910. Cette pratique a déjà cours aux États-Unis, où on a engagé un premier médecin dans une école en 1894, à Boston, et où les premières infirmières ont fait

leur apparition à New York en 1902. Au Canada, les examens médicaux commencent dans les villes ontariennes de

Hamilton (1907), de Brantford (1908) et de Toronto (1910). La Colombie-Britannique est la première province à offrir des examens médicaux dans les écoles, menés par les commissions scolaires locales. En avril 1910, Lina L. Rogers quitte New York pour diriger l'initiative

17 « Hygiene and the Ontario Legislature », *Public Health Journal*, vol. 2 (avril 1911) : pp. 170–171

Quarante pour cent des écoles en milieu rural ne conviennent même pas à l'élevage de porcs. En ce qui concerne le chauffage, il faut attendre presque midi pour que la température devienne supportable. Il n'y a aucune aire de jeux. Il faut prêcher la bonne nouvelle de la santé publique dans les circonscriptions rurales.

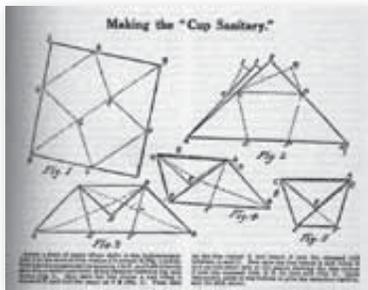
– D^r W. H. Hattie, procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 1919

concernant les examens médicaux dans les écoles de Toronto, ce qui indique le besoin grandissant en matière d'infirmières hygiénistes ainsi que leur importance de plus en plus marquée. Rogers est bientôt assistée par plusieurs infirmières auxiliaires, deux inspecteurs médicaux et un inspecteur de l'hygiène dentaire. La santé dentaire des écoliers est alarmante à cette époque, et les premiers examens menés à Toronto révèlent que seulement 1 864 des 5 850 enfants ayant fait l'objet d'une inspection ont déjà utilisé une brosse à dents¹⁸.

L'état de santé des enfants des pensionnats indiens est encore plus alarmant. Peter Bryce rapporte en 1907 que ces pensionnats manquent de financement, sont en proie aux maladies et ne comptent pas d'installations médicales adéquates. À la suite de l'examen des données d'un sondage étalé sur quinze ans, il découvre que de 25 % à 35 % des écoliers sont décédés, principalement de la tuberculose, mais aussi en raison d'autres maladies, comme la rougeole¹⁹.

18 « Inter Alia », *Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, vol. 1 (juillet 1910) : p. 365

19 M. Sproule-Jones, « Crusading for the Forgotten: Dr. Peter Bryce, Public Health, and Prairie Native Residential Schools », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 13 n° 1, 1996



Croissance de l'éducation en matière de santé publique

Les découvertes scientifiques et la médecine préventive sont au cœur des stratégies locales et provinciales en matière de contrôle des maladies. Les stratégies d'éducation en santé publique reposent en grande partie sur des expositions de plus en plus élaborées, inspirées d'importantes expositions présentées aux États-Unis et en Europe.

Sur le plan de l'éducation en matière de santé publique, plusieurs sources de maladie récemment découvertes dans le cadre de recherches bactériologiques représentent un intérêt particulier. Les mouches domestiques, les gobelets communs et les baisers sont au cœur des préoccupations. Après l'analyse microscopique des insectes communs, on perçoit les mouches comme des « germes sur pattes », qui risquent de contaminer les aliments et les objets usuels, sur lesquels elles peuvent déposer des saletés et des bactéries²⁰. Afin d'éviter le « massacre des innocents », on invite les gens à fixer des moustiquaires aux portes et aux fenêtres ainsi que par-dessus les aliments pour les protéger de ces conducteurs de pollution. Écrasez la *Musca Domestica* et chassez-la de votre domicile²¹.

20 N. Rogers, « Germs With Legs: Flies, Disease, and the New Public Health », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 63 (1989) : pp. 599–617; F. W. Waugh, « Some Household Insects and Their Neighbours », *Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, vol. 1 n° 7 (juillet 1910) : pp. 337–342

21 « Swat the Fly », *Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, vol. 1 n° 6 (juin 1910) : p. 312; « That Fly », *Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, vol. 1 n° 8 (août 1910) : p. 363; Rene Bache, « Massacre of the Innocents », *Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, vol. 1 n° 8 (août 1910) : pp. 405–406; « The Fly War », *Public Health Journal of Canada*, vol. 1 n° 9 (septembre 1910) : pp. 454–456; « Fly, Breeder of Disease, is to be Exterminated », *The Globe* (17 octobre 1910) : p. 8

« C'est dommage que le gobelet ou la louche dans lesquels l'humanité buvait avec insouciance de façon démocratique doivent disparaître. Mais aujourd'hui, quiconque propose de boire à même ce type de récipients lance tout simplement une invitation à un festival de bactéries. Si tous les établissements publics, notamment les écoles, les hôtels, les gares et les trains renonçaient au gobelet public, le pourcentage de cas de tuberculose et d'autres cas de maladies transmissibles serait incroyablement inférieur. »

– M. W. Stephen, procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 1919

Le gobelet commun, largement utilisé dans les parcs publics, les écoles et les gares, est considéré par les autorités comme non hygiénique et qualifié de convoyeur de microbes pathogènes, parfois parmi les plus dangereux²². La science révèle aussi les dangers du baiser. Une expérience menée lors d'un congrès international sur la tuberculose à Paris démontre que des prélèvements faits sur les lèvres, principalement celles d'hommes barbues, pullulent de microbes, incluant des germes susceptibles de causer la tuberculose et la diphtérie. S'étant portée volontaire pour se faire embrasser lors d'une de ces expériences, une jeune femme survit, mais si ses lèvres n'avaient pas été stérilisées avec soin, elle aurait pu contracter l'une ou l'autre des maladies qui auraient pu lui coûter la vie ou la



Newark Evening News, juin 1916

22 « Inter Alia », *Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, vol. 1 n° 6 (juin 1910) : p. 315



John W.S. McCullough

Premier médecin hygiéniste
en chef de longue date pour
l'Ontario

Durant ses longs et distingués états de service à titre de médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, il contribue au renforcement de la formation en santé publique et des infrastructures de santé publique dans sa province ainsi qu'à l'accès à des aliments biologiques sains, essentiels et à un prix abordable pour l'ensemble de la population canadienne. Le Dr McCullough participe à la sensibilisation de la population à l'importance de la santé publique, notamment en organisant des expositions itinérantes dans des wagons de train s'arrêtant aux gares partout dans la province, y faisant en outre la promotion des bienfaits de la vaccination, de la lutte contre les maladies vénériennes et d'autres grands enjeux sanitaires. Dès 1912, il préconise l'adoption de lois sanitaires plus étoffées, une plus grande transparence et efficacité des conseils sanitaires locaux, une réforme en profondeur de la *Loi sur la santé publique de l'Ontario*, et des dispositions plus rigoureuses dans le cadre de la *Loi sur la vaccination*. En 1917, il élabore les mesures réglementaires prescrites par le Conseil provincial de la santé afin de lutter contre les maladies vénériennes. En 1923, J.W.S. McCullough lance une vaste campagne de sensibilisation à la santé publique dans l'ensemble de l'Amérique du Nord, à commencer par l'établissement de services sanitaires compétents dotés d'une structure organisationnelle efficace et chapeautés par un médecin-hygiéniste embauché à temps plein.

(*La revue canadienne de santé publique*,
vol. 27, 1936)

rendre invalide... S'embrasser, c'est agréable. S'embrasser, c'est peut-être vilain; les autorités ne s'entendent pas toujours sur ce point. Mais s'embrasser, c'est dangereux, de bien des façons²³.

Charles Hodgetts, agent de santé en chef de la santé de l'Ontario et secrétaire du Bureau de santé provincial de 1903 à 1910, montre qu'il croit en l'éducation publique en faisant préparer une exposition itinérante sur la tuberculose, laquelle présente des tableaux, des cartes, des photographies, des maquettes de sanatoriums et des démonstrations sur l'importance de l'air frais. Cette exposition est présentée dans des foires automnales et le successeur d'Hodgetts, John W. S. McCullough, prend l'expression « exposition itinérante » à la lettre. Il fait monter une exposition dans un wagon qui s'arrête dans les gares de la province; on peut y voir divers objets et y assister à des démonstrations ou à des exposés.

Durant cette période, les expositions de santé publique de l'Ontario sont l'exemple à suivre partout au pays. Les plus importantes sont mises sur pied pour l'Exposition nationale canadienne de Toronto. En 1911, les expositions comprennent des graphiques pour la conservation de la vue, la prévention de la mortalité infantile et des modèles de ventilation ainsi que des exposés sur la santé donnés par des figures d'autorité en matière de santé publique.

Une exposition
détaillée prêtée par



Chariot itinérant et salubrité
alimentaire

Public Health Journal (janvier 1916)

23 « The Costly Salute », *Public Health Journal of Canada*, vol. 1 n° 9 (septembre 1910) : pp. 452-454

le département de la santé de Chicago illustre, au moyen de poupées et de fumée, les effets néfastes sur la santé causés par le fait de dormir dans un endroit mal ventilé. Le *Canada Lancet* en dit qu'il serait souhaitable que ce volet de cette superbe exposition de Toronto soit présenté de nouveau dans les années à venir. Le savoir, c'est le pouvoir. Ce pouvoir ne servira jamais autant que dans la lutte contre les maladies²⁴.

Maladies vénériennes et hygiène sociale

Un sujet rarement mentionné à l'époque est celui des maladies vénériennes, bien que le *Journal de l'Association médicale canadienne* estime qu'en 1916, de 50 à 60 % des adultes contractent la gonorrhée au cours de leur vie²⁵. En 1912, le *Public Health Journal* prétend que l'on peut prévenir cette sérieuse menace à la santé publique grâce à des mesures d'éducation en hygiène sexuelle ciblant les enfants des écoles publiques. L'année précédente, le journal avait rapporté que bon nombre d'écoles privées des États-Unis avaient fait la preuve de l'utilité des cours d'éducation sexuelle et que l'État de Washington les avait même rendus obligatoires. Aussi, les exposés sur l'hygiène sexuelle dans les universités canadiennes ont permis de réduire

24 « The Public Health Exhibit », *Canada Lancet*, vol. 45 n° 2 (octobre 1911) : p. 148; « The Public Health Exhibit of the Ontario Board of Health at the Canadian National Exhibition », *Public Health Journal*, vol. 2 (octobre 1911) : pp. 492–934

25 « Legislation for the Protection Against Venereal Disease », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 8 (avril 1918) : pp. 355–358; Jay Cassel, *The Secret Plague: Venereal Disease in Canada, 1838–1939* (Toronto: University of Toronto Press, 1987), p. 18

considérablement les cas d'immoralité chez les jeunes hommes universitaires au cours des cinq dernières années. C'est grâce soit à l'éducation à la maison, soit à l'éducation dans la rue²⁶. La nouvelle voulant qu'Oakland, en Californie, ait ouvert des écoles publiques à l'automne 1911 dans lesquelles on donne des exposés et des cours d'hygiène sexuelle est rapportée avec enthousiasme par le *Public Health Journal* :



Sandif Pasteur Limitée, campus Connaught, archives

« Ces garçons sont aveugles parce que leurs mères étaient atteintes de la gonorrhée, transmise la plupart du temps par le père. »

À Oakland, il y a des puritains réactionnaires et ignorants qui rougissent violemment et font du vacarme relativement à la destruction de la modestie et du sens des convenances. La folie et la barbarie des parents puritains sont directement responsables de la présence de 50 à 60 % des personnes internées dans des asiles, de la moitié des « spécialistes »

en médecine, des garçons, des filles, des hommes et des femmes qui meurent, certains aliénés, aveugles, sourds, muets ou simplement idiots. L'ignorance sexuelle a ravagé plus de foyers et ruiné plus de vies que toute forme de laisser-aller moral, et tous décrient cette pudibonderie persistante qui a déjà semé la pagaille dans la prochaine génération²⁷. [Traduction]

En 1912, le *Public Health Journal* dit à propos de la nouvelle loi de l'Ohio concernant l'éducation sexuelle des jeunes qu'il s'agit du pas le plus décidé en direction de l'hygiène sociale que

26 « Inter Alia », *Public Health Journal*, vol. 2 (mars 1911) : pp. 135–136

27 « Sense and the Sex Question », *Public Health Journal*, vol. 2 (octobre 1911) : pp. 495–496

des responsables de la santé publique aient osé faire, et c'est aussi le premier effort pour mettre en pratique une théorie qui est de plus en plus considérée comme étant d'une importance capitale sur les plans de la santé et de la morale²⁸.

Lors d'une présentation dans le cadre de la convention annuelle des commissaires d'écoles de l'Alberta, L. Barrow soulève la question des maladies vénériennes et de leur lien avec le travail effectué dans les écoles. Barrow déclare que si les enfants étaient éclairés sur les causes et les résultats des maladies vénériennes, ils sauraient à quoi s'attendre et seraient sur leurs gardes. Les opinions de Barrow reflètent le sentiment de plus en plus répandu que l'approche traditionnelle de silence et de répression en matière d'hygiène sexuelle doit cesser. Comme les parents ne sont pas du tout disposés à s'en occuper, c'est aux responsables des écoles d'en assumer la responsabilité²⁹.



Public Health Journal, 4 (octobre 1913)

Un éditorial tiré du *Journal of the American Medical Association* et repris dans le *Public Health Journal* mentionne que la poursuite du travail d'éducation dans ce domaine est une responsabilité

Exposition

28 « Ohio State Board of Health and Sex Hygiene », *Public Health Journal*, vol. 3 (février 1912) : p. 95

29 « Alberta Health Act and Its Relation to Medical Inspection », *Public Health Journal*, vol. 3 (mars 1912) : pp. 153–154

unique et inhérente à la profession médicale, et que chaque médecin peut y contribuer de manière privée ou publique. Les temps ont changé et on s'entend pour dire qu'il faut maintenant une nouvelle façon de traiter et de voir les maladies vénériennes, et qu'il incombe au médecin de faire preuve de leadership dans cette grande entreprise³⁰.

Cependant, le débat quant à savoir si les écoliers devraient recevoir des cours d'éducation sexuelle s'intensifie. Arguant l'impossibilité d'augmenter la charge de travail des enseignants, le conseil scolaire de Toronto décide de ne pas introduire l'éducation sexuelle dans ses écoles en 1913. Les hommes d'école croient toujours que l'éducation sexuelle est, et c'est le moins que l'on puisse dire, une fonction scolaire douteuse³¹.

Structures provinciales

À l'automne 1911, John McCullough, récemment nommé agent de santé en chef de l'Ontario, exige des lois plus complètes en matière de santé publique, qui détermineraient les organisations et les responsabilités locales. En 1912, le gouvernement ontarien met en place une révision complète de sa *Loi sur la santé publique*, qui prévoit la création de dix districts de santé (bien que trois districts du Nord de l'Ontario soient « laissés en suspens »). Chaque district compte sur des médecins hygiénistes qui reçoivent un salaire raisonnable établi selon la loi

30 « Education in Sex Hygiene and Prophylaxis », *Public Health Journal*, vol. 4 (mai 1913) : pp. 340–341. Consulter également « Sex Hygiene to be Discussed by Distinguished Speakers at the International School Congress in Buffalo », *Public Health Journal*, vol. 4 (juin 1913) : pp. 380–382; « Venereal Diseases and the Public Health », *Public Health Journal*, vol. 4 (septembre 1913) : pp. 530–532

31 « Sex Hygiene Not For Toronto Schools », *The Globe* (14 novembre 1913) : p. 9

Prohibition

En 1901, l'Île-du-Prince-Édouard devient la première province à prohiber les boissons alcoolisées. Le reste du pays emboîte le pas durant la Première Guerre mondiale. Pour les exceptions, de nature scientifique, industrielle, artistique, religieuse ou médicale, on peut se procurer de l'alcool auprès des dispensaires gouvernementaux. La prohibition est le résultat de plusieurs décennies d'efforts de la part des mouvements de tempérance, et la majeure partie du pays est « à sec » avant la guerre, selon la volonté des autorités locales. Cependant, l'alcool illicite est très répandu et la fabrication reprend après la guerre alors que la contrebande et les bars clandestins prolifèrent. Le Québec est le premier à annuler la prohibition en 1919 et le reste du pays suit le mouvement graduellement dans les années 1920, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, « dernier bastion » jusqu'en 1948.

– L'Encyclopédie canadienne en ligne

et échappent au contrôle municipal, pour autant qu'ils réussissent un cours d'études supérieures du département d'hygiène de l'Université de Toronto. De tels districts sont aussi créés au Québec et en Saskatchewan, alors qu'au Manitoba, on renforce le contrôle des maladies infectieuses et on fournit gratuitement le vaccin antivariolique et l'antitoxine contre la diphtérie³².

32 « Twenty-Ninth Annual Report of the Ontario Board of Health », *Public Health Journal*, vol. 2 (octobre 1911) : p. 491; « The Amended Ontario Act », *The Public Health Journal*, vol. 3 (avril 1912) : pp. 218–219; « Ontario Health Districts », *Public Health Journal*, vol. 3 (juin 1912) : pp. 349; « Regulations Regarding Health Districts in the Province of Saskatchewan », *Public Health Journal*, vol. 3 (mai 1912) : pp. 291–292; E. M. Wood, « The New Public Health Act as it Affects Provincial Municipalities », *Public Health Journal*, vol. 2 (novembre 1911) : pp. 520–522

Au printemps 1913, John A. Amyot, directeur des laboratoires provinciaux de l'Ontario et professeur d'hygiène à l'Université de Toronto, propose à John G. FitzGerald d'assumer la fonction à temps partiel de professeur agrégé en hygiène et de produire la première série de vaccins antirabiques fabriquée au Canada. FitzGerald construit un petit cabanon et un laboratoire afin de produire l'antitoxine à un coût nettement moins élevé que ce que l'on doit déboursier pour l'importer. Quand McCullough fait part de l'intérêt de la province d'acheter l'antitoxine, FitzGerald parvient à convaincre le conseil des gouverneurs de l'Université de Toronto d'installer le laboratoire d'antitoxine dans le département d'hygiène de l'Université avec l'aide de Robert D. Defries, premier diplômé en santé publique de l'École d'hygiène en 1914. FitzGerald continue à diriger le laboratoire même après s'être enrôlé dans l'armée en 1915, où on le nomme responsable de l'unité bactériologique du Camp Niagara. En février 1916, le Bureau de santé de l'Ontario commence à distribuer gratuitement les produits du laboratoire de production d'antitoxine et en fait la source officielle de produits de santé biologiques en Ontario, éliminant presque les sociétés commerciales se livrant concurrence dans la province. Pourvus de nouveaux immeubles construits grâce à l'argent offert à l'Université de Toronto par le colonel Albert E. Gooderham, distillateur torontois, les laboratoires prennent le nom des laboratoires d'antitoxines Connaught en l'honneur de son ami, ancien gouverneur général et président d'honneur de l'Association canadienne de santé publique, le duc de Connaught³³.

33 James FitzGerald, *What Disturbs Our Blood* (Toronto: Random House, 2010); Christopher J. Ruddy, « Personality, Politics and Public Health: The Origins of Connaught Medical Research Laboratories, 1888–1917 », *Figuring the Social: Essays in Honour of Michael Bliss*, E. A. Heaman, A. Li, S. McKellar (eds.) (Toronto: University of Toronto Press, 2008), p. 273–303



John Gerald FitzGerald

Fondateur de Connaught Laboratories et de la School of Hygiene de l'Université de Toronto

Né à Drayton, en Ontario, le 9 décembre 1882, Dr John Gerald FitzGerald est un diplômé de l'Université de Toronto en 1903. Il étudie ensuite aux Instituts Pasteur, à Paris, Bruxelles puis Fribourg, ce qui l'amène à réfléchir à la possibilité d'établir un centre de mise au point d'antitoxines au Canada. Il fonde ainsi l'entreprise Connaught Laboratories, qui sont les laboratoires de recherche des plus actifs au Canada. La School of Hygiene de l'Université de Toronto compte également parmi les grandes réalisations à son acquit. Il a aussi été membre du Comité de la santé de la Ligue des nations de 1930 à 1936, et a œuvré bénévolement au sein de nombreux organismes à l'échelle nationale, provinciale et régionale. Il est membre fondateur du Dominion Council of Health et siège au comité exécutif de l'Association canadienne de santé publique et de l'Association médicale canadienne. Le Dr FitzGerald a participé régulièrement aux réunions du Conseil fédéral d'hygiène, ses interventions dans les débats ont été grandement appréciées.

(*Revue canadienne de santé publique*, vol. 31, n° 8, août 1940)

Défis à relever

En raison du déclenchement de la Première Guerre mondiale, en août 1914, la rencontre annuelle de l'Association canadienne de santé

publique est annulée³⁴. Les médecins et les infirmières sont de plus en plus nombreux à être appelés à servir dans l'armée et le domaine de la santé publique a de la difficulté, étant donné ses effectifs réduits, à relever les défis en matière de santé publique, notamment les luttes contre la polio, les maladies vénériennes et la grippe. Les situations financières de l'Association canadienne de santé publique et du *Public Health Journal* sont précaires. Les rencontres annuelles de l'Association canadienne de santé publique reprennent en 1915, mais le nombre d'abonnés au journal chute et la tentative d'inverser la tendance en ajoutant au journal des articles littéraires, des poèmes et des portraits d'artistes canadiens échoue. En 1916, Anderson et Coulter abandonnent leurs postes de rédacteur en chef et quittent la York Publishing Company. Gordon Bates se porte volontaire pour reprendre les fonctions de rédacteur en chef, mais un important apport financier est nécessaire pour maintenir le journal à flot. Lors de la rencontre annuelle de l'Association canadienne de santé publique de septembre 1917, dix membres, menés par FitzGerald, s'engagent à soutenir financièrement le journal et York Publishing.

L'une des plus graves épidémies de polio jamais vue, qui éclot en juillet 1916, se répand dans le nord-est des États-Unis, où elle affecte 27 000 personnes et cause 6 000 décès. On rapporte bientôt des cas au nord de la frontière, ce qui sème l'inquiétude chez les autorités canadiennes de santé publique. McCullough et FitzGerald se rendent à Windsor, en Ontario, pour y enquêter sur une importante éclosion; on

34 « Lest We Forget », *Public Health Journal*, vol. 5 (septembre 1914) : p. 586; « Our Annual Congress », *Public Health Journal*, vol. 5 (octobre 1914) : p. 634; « Ourselves » et « An Explanation », *Public Health Journal*, vol. 5 (novembre 1914) : pp. 682–683

dénombrer 38 cas et un décès. Bien que l'épidémie de Windsor soit considérée comme plutôt faible, un rapport déposé lors d'une conférence, réunissant des agents de santé de l'Ontario, qualifie cette éclosion de polio comme l'une des pires calamités à s'être abattues sur la ville. On impose une quarantaine très stricte, ce qui met le travailleur en quarantaine. En imposant une quarantaine aussi radicale à ces familles, nous avons été obligés de les nourrir, ce qui a coûté énormément d'argent à la ville, mais c'était de l'argent, si je puis m'exprimer ainsi, très bien investi dans la protection de nos concitoyens³⁵.

Le directeur général de la santé publique du Dominion, Frederick Montizambert, assure le suivi de l'épidémie de polio depuis son bureau au sein du ministère de l'Agriculture, où il reçoit de fréquentes mises à jour du surintendant de l'immigration, des responsables locaux et provinciaux et de médecins et de responsables de la santé américains. À la mi-juillet, la réglementation canadienne en matière de quarantaine est amendée afin d'y inclure la polio.

Le gouvernement fédéral est mis sous pression pour en faire plus pour protéger le Dominion de l'invasion de la maladie. Les inspecteurs frontaliers fédéraux de Kingston, en Ontario, commencent à vérifier les certificats médicaux

Public Health Journal, 6 (juillet 1915)



Clinique pour bébés,
St. Christopher House,
1915

35 E. J. Durocher, « Clinical Studies of Infantile Paralysis », *Public Health Journal*, vol. 8 (juin 1917) : pp. 141–142



Gordon Bates

Fondateur et directeur de la
Ligue canadienne de santé

D^r Gordon Bates était le directeur fondateur de la Ligue canadienne de santé pendant de longues années et un militant audacieux en faveur de la santé publique. D^r Bates est devenu le premier médecin canadien à prononcer les termes « syphilis » et « gonorrhée » dans ses discours publics à cause de ses vives inquiétudes du taux de syphilis et de gonorrhée au Canada au cours de la Première Guerre mondiale. Ses activités ont mené à la mise en place d'une législation sans précédent en Ontario pour le contrôle des ITS ainsi qu'à l'établissement de centaines de cliniques. La pression constante de D^r Bates auprès des autorités en matière de santé a conduit à la pasteurisation obligatoire du lait en Ontario et en Saskatchewan ainsi que dans des centaines de municipalités. En 1930, il a mis sur pied un comité sur l'anatoxine diphtérique à Toronto afin de montrer que la diphtérie peut être éradiquée à l'aide d'une immunisation efficace. D^r Bates a également réussi à faire de la fluoruration de l'eau une question d'envergure nationale.

(*MacLeans*, le 26 novembre 1955)

des enfants qui entrent au pays en provenance des États-Unis. Si l'épidémie américaine s'apaise en octobre, une vague de polio à Montréal incite l'Ontario à mettre en place des restrictions à sa frontière avec le Québec. Au début du mois de novembre, Montizambert déclare que comme toutes ces questions préoccupent et apeurent la population, il ne croit pas qu'il soit pour l'instant

sage de recommander des modifications à la réglementation en vigueur³⁶. Cependant, toutes les restrictions frontalières sont levées à la fin du mois.

Maladies vénériennes

La menace des maladies vénériennes devient un sujet prédominant pendant la guerre. En 1915, environ 28,5 % des soldats canadiens sont affectés par une maladie vénérienne (MV). L'intérêt du public sur la question s'accroît radicalement en février 1916 quand la *British Royal Commission on Venereal Diseases* (commission royale britannique d'enquête sur les maladies vénériennes) révèle que 13 % des patients en salle commune de l'Hôpital général de Toronto sont atteints de syphilis. En mai 1916, le *Public Health Journal* commence à accorder beaucoup d'attention aux maladies vénériennes, notamment dans un article détaillé portant sur les mesures médicales prises par la Marine royale afin de prévenir la syphilis et la gonorrhée, selon un rapport présenté à l'association des inspecteurs-hygiénistes de l'Ouest du Canada³⁷.

À titre de nouveau rédacteur en chef du *Public Health Journal*, Gordon Bates, également officier responsable de la section des maladies vénériennes de l'hôpital de la base du district militaire numéro 2 à Toronto, utilise ce tremplin pour mener une campagne nationale contre les maladies vénériennes et les menaces y étant

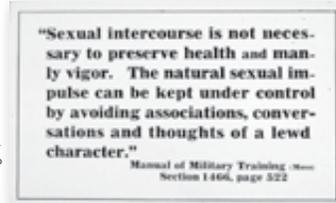
associées, comme les esprits faibles, l'alcool et la prostitution³⁸.

En janvier 1917, étant donné le grand nombre de cas de syphilis, une délégation de médecins torontois fait part de ses inquiétudes à la Commission de la conservation, espérant une réaction du gouvernement fédéral. Les membres de la Commission sont impressionnés par ce qu'ils entendent à propos des mesures prises dans d'autres pays, surtout par la loi australienne de 1915 en matière de maladies vénériennes. La Commission demande à l'Académie de médecine de Toronto de démontrer que la communauté médicale canadienne soutient la prise de mesures législatives, et Bates préside ainsi une réunion et publie un rapport complet dans le *Public Health Journal*. Parmi les recommandations formulées, on mentionne la nécessité d'adopter pour l'ensemble de la population la rigueur observée dans l'armée en ce qui a trait au diagnostic, au traitement et à la prévention des maladies vénériennes, d'offrir au public des diagnostics et des traitements gratuits et de concevoir une vaste campagne d'éducation publique. À l'hôpital de la base, Bates se concentre à effectuer des examens de plus en plus approfondis et à détailler l'historique des soldats traités à Toronto, en consignnant la date à laquelle ils ont contracté leur maladie vénérienne, l'endroit où ils se trouvaient et la personne avec qui ils ont eu un rapport sexuel – qu'il s'agisse de prostituées ou de conquêtes. Ce travail d'investigation mène à certaines conclusions concernant les conditions sociales dans lesquelles les maladies sont contractées à Toronto, à Hamilton et plus

36 F. Montizambert to W. D. Scott, November 9, 1916, National Archives of Canada, RG29, vol. 300, file 416-2-13

37 H. MacDougall, « Sexually Transmitted Diseases in Canada, 1800–1992 », *Genitourinary Medicine*, vol. 70 (1994) : p. 58; H. B. Weston, « Prevention of Venereal Diseases », *Public Health Journal*, vol. 7 (mai 1916) : p. 285

38 « Obituaries: Gordon Bates », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 67 (janvier-février 1976) : pp. 74–75; « Dr. Gordon A. Bates: Founder of Health League Made Preventive Medicine His Career », *Globe and Mail* (8 novembre 1975) : p. 5



particulièrement à Montréal, ville pour laquelle il y a une panoplie de détails concernant des cas de prostitution flagrante et vicieuse d'une nature si dégradante que Bates ne pourrait exprimer. Bates ne trouve aucun indice de ce que l'on pourrait appeler le vice organisé à Toronto, ce qui est tout à l'honneur du dynamique service de police³⁹.

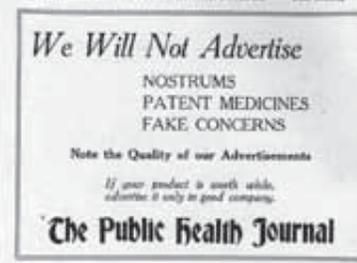
Bates est déterminé à présenter au grand public tous les détails concernant le problème des maladies vénériennes, par l'intermédiaire des journaux, d'exposés publics, de films et de tout autre média. Comme l'indique l'article nécrologique paru dans le *Globe and Mail* après sa mort, Bates a été le premier scientifique canadien à utiliser les mots « syphilis » et « gonorrhée » dans des discours publics. Il a insisté auprès des rédacteurs en chef des journaux jusqu'à ce qu'ils intègrent ces mots dans leurs manchettes et éditoriaux⁴⁰. Par exemple, le *Globe*, journal de Toronto, rapporte avec moult détails la présentation sur les maladies vénériennes faite par Bates lors de la rencontre annuelle de l'Association canadienne de santé publique en 1917 à Ottawa. L'un des plus importants alliés de Bates est John McCullough, de l'Ontario, qui établit en 1917 pour le Bureau de santé provincial une série de règlements afin de contrôler les maladies vénériennes, mesures

39 Cassel, *The Secret Plague*, pp. 147–50; « Section of State Medicine », *Public Health Journal*, vol. 8 n° 2 (février 1917) : pp. 35–51; G. Bates, « The Venereal Disease Problem From the Military Standpoint », *Public Health Journal*, vol. 8 n° 2 (février 1917) : pp. 43–45; « The Control of Venereal Diseases », *Public Health Journal*, vol. 8 n° 8 (août 1917) : pp. 187–189; G. Bates, « Social Aspects of the Venereal Disease Problem », *Public Health Journal*, vol. 8 (novembre 1917) : pp. 287–291

40 « Dr. Gordon A. Bates: Founder of Health League Made Preventive Medicine His Career », p. 5, *Globe and Mail* (8 novembre 1975) : p. 5

semblables à celles adoptées par le Manitoba en 1910 et par la Saskatchewan en 1914. En janvier 1918, Bates offre à McCullough de l'espace dans le *Public Health Journal* réservé au Bureau de santé provincial, afin de fournir chaque mois quelques pages de contenu qui pourrait intéresser particulièrement les médecins hygiénistes; les maladies vénériennes sont le principal sujet abordé au cours de la première année⁴¹.

En 1918, après les délibérations de la commission royale de l'Ontario sur le traitement et le contrôle des handicapés mentaux et des personnes



d'esprit faible et le caractère généralisé des maladies vénériennes, McCullough contribue à faire

adopter la *Loi sur la prévention des maladies vénériennes* de la province, modelée sur la loi de 1915 de l'Australie-Occidentale. L'hygiène sociale est fondée sur les douteuses théories psychiatriques et médicales qui associent les pratiques sexuelles immorales et « anormales » à la mesure de l'intelligence. Charles Clarke popularise les résultats de sa recherche menée à la clinique psychiatrique de Toronto, dans laquelle il prétend que 75 % des prostituées sont des personnes d'esprit faible et que l'immoralité des filles qui travaillent en usine et sont sexuellement actives est attribuable à leurs

41 J. W. S. McCullough, « The Provincial Board of Health of Ontario », *Public Health Journal*, vol. 9 (janvier 1918) : p. 35

faibles capacités mentales⁴². La loi provinciale en matière de maladies vénériennes se concentre sur la syphilis, la gonorrhée et le chancre mou et donne le pouvoir aux autorités d'incarcérer les femmes que l'on croit atteintes d'une maladie vénérienne. Les personnes atteintes d'une maladie vénérienne sont obligées de recevoir des traitements médicaux professionnels dans les hôpitaux financés par la province, et le gouvernement provincial et ses agences doivent être les seules sources de documentation éducative, une mesure ciblant les distributeurs de médicaments brevetés et les charlatans⁴³.

À la même époque, Bates, en compagnie de FitzGerald, mène la formation d'un comité consultatif sur les maladies vénériennes pour le district militaire n° 2 en août 1917. Ce comité, dont les activités des sous-comités sont publiées en détail dans les pages du *Public Health Journal*, rassemble divers médecins, le Conseil national des femmes, la Young Men's Christian Association (YMCA), la Young Women's Christian Association (YWCA) et l'armée, et met l'accent sur les initiatives éducatives, et sur les initiatives de promotion et de législation. À la fin de 1918, ce comité consultatif lance une campagne nationale contre le vice, mais il faut attendre mai 1919 avant de voir la création

officielle d'un comité national pour le contrôle des maladies vénériennes⁴⁴.

Grippe « espagnole »

Les retards dans la création d'une organisation pancanadienne de lutte contre les maladies vénériennes s'expliquent en partie par une crise nationale de santé publique d'une ampleur jamais vue auparavant causée par l'épidémie de grippe espagnole qui balaie le Canada à l'automne 1918. Dans les faits, la pandémie de grippe espagnole de 1918-1919 a peu de choses à voir avec l'Espagne, mais on la nomme ainsi, car c'est dans ce pays que l'on rapporte d'abord un grand nombre de cas. Cette nouvelle souche grippale inhabituellement fatale est tout d'abord rapportée en Chine en février, puis apparemment introduite en France par un groupe de travailleurs migrants. La guerre fournit les conditions idéales pour que la maladie se répande sur toute la planète à une vitesse fulgurante. Elle atteint les États-Unis en mars 1918, dans un camp militaire du Kansas. À la fin de juin et durant le mois de juillet, les bateaux de transport de troupes, les navires-hôpitaux et les bâtiments civils qui naviguent de l'Angleterre jusqu'à Grosse-Île, Montréal et Halifax, sont les principales voies d'accès de la maladie au Canada, qui se répand ensuite partout



Public Health Journal, 2 (juin 1911)

42 J. Sangster, *Regulating Girls and Women: Sexuality, Family and the Law in Ontario 1920-1960* (Toronto: Oxford University Press, 2001), pp. 87-88

43 McCullough, « The Provincial Board of Health of Ontario », p. 35.; McDougall, « Sexually Transmitted Diseases in Canada, 1800-1992 », p. 58; « Regulations of The Provincial Board of Health, Ontario, Respecting Venereal Diseases », *Public Health Journal*, vol. 9 (juillet 1918) : pp. 335-341

44 J. G. FitzGerald, « The Advisory Committee on Venereal Diseases for Military District No. 2 », *Public Health Journal*, vol. 9 (février 1918) : pp. 49-52; « Conference on Social Hygiene », *Public Health Journal*, vol. 9 (décembre 1918) : pp. 551-559; « A Conference on Social Hygiene », *Public Health Journal*, vol. 10 (août 1919) : pp. 371-378

au pays par le chemin de fer durant l'été. Quand la pandémie commence à régresser, au moins un sixième de la population canadienne, surtout des jeunes adultes, a été affecté, et 50 000 personnes sont mortes, leur état s'étant dégradé rapidement en raison de complications liées à des infections comme la pneumonie. Les provinces les plus touchées sont le Québec et l'Alberta, et l'épidémie fait des ravages dans les communautés autochtones. Le ministère des Affaires indiennes rapporte 3 694 décès parmi les 106 000 personnes composant la population autochtone – un taux de mortalité cinq fois plus élevé que la moyenne nationale. La grippe affecte si gravement les Haidas, qui vivent sur des îles au large de la côte nord de la Colombie-Britannique, que des villages entiers disparaissent⁴⁵.

Au Canada, la grippe n'est pas une maladie que l'on doit signaler et la plupart des provinces reconnaissent le manque de réalisme des mesures de quarantaine strictes et l'impossibilité de les faire respecter. Comme on comprend très peu les causes virales de la maladie – le virus de la grippe n'est pas isolé avant 1933 –, on ne se rend pas compte de la gravité de l'épidémie au Canada avant la fin septembre, après que des éclosions importantes ont eu lieu dans la plupart des régions du pays et au-delà. Les autorités sanitaires locales et provinciales, déjà affaiblies par un manque de médecins et d'infirmières, voient de nombreux travailleurs du domaine de la santé contracter la grippe. On ne peut pas faire grand-chose pour prévenir, contrôler ou traiter la maladie, malgré quelques tentatives peu

judicieuses de répandre l'utilisation du masque chirurgical dans la population. Par exemple, les Torontois se voient recommander par leur médecin hygiéniste de ne rien faire qui pourrait réduire leur vitalité. Par mesure préventive, les gens devraient s'assurer de bien se nourrir, de bien se reposer et de faire suffisamment d'exercice⁴⁶. Comme on le fait remarquer lors d'une réunion de l'association de santé publique des États-Unis à l'apogée de l'épidémie, devant le plus grand fléau qui ait touché ce pays, nous sommes aussi ignorants que les Florentins l'étaient devant la peste⁴⁷.

Coordination nationale

À la fin de la guerre, en 1918, au moment de la pandémie de grippe et de la menace persistante des maladies vénériennes, les organismes nationaux du domaine de la santé réclament de plus en plus la création d'un ministère fédéral. À la suggestion des autorités militaires, le premier ministre Robert Borden organise une conférence nationale à Ottawa, le 3 février 1919, afin de mettre sur pied un programme national d'hygiène sociale ayant pour objectif de contrôler les maladies vénériennes. Cette conférence permet de mettre en branle le processus politique nécessaire à la rédaction de la loi qui mène à la création d'un ministère de la santé fédéral. Sont présents à cette conférence les médecins hygiénistes provinciaux, quelques ministres et représentants de ministères fédéraux et provinciaux ainsi que quelques figures importantes du mouvement d'hygiène sociale. La principale résolution adoptée lors de cette conférence est la suivante : Il est dans l'intérêt de la santé future des citoyens du Canada d'établir

45 M. Humphries, « Lessons From the 1918 Pandemic: Focus on Treatment, Not Prevention », *Globe and Mail* (24 juillet 2009); sur Internet : [theglobeandmail.com, article1230854](http://theglobeandmail.com/article1230854); K. Patterson, « Influenza Has a Cure: Affluence », *Globe and Mail* (4 septembre 2009); Sur Internet : theglobeandmail.com, article1276838

46 « Sunshine to Combat Flu », *The Globe* (10 octobre 1918) : p. 6

47 « Influenza », *Public Health Journal*, vol. 10 (janvier 1919) : p. 30

Infirmières de l'Ordre de Victoria,
Halifax, 1917



L'explosion d'Halifax

Le 6 décembre 1917, peu après 9 h, un navire français chargé de munitions et de T.N.T. explose dans le passage le plus étroit du port très fréquenté d'Halifax. Halifax, qui compte 50 000 habitants, est débordante d'activités liées à la guerre en cours quand la plus grande explosion jamais vue dévaste deux kilomètres carrés de la ville. Environ 1 500 personnes décèdent avant la fin de la journée, nombre d'entre elles prises au piège dans des immeubles ou des incendies ou encore noyées lors du tsunami qui suit l'explosion. Environ 9 000 personnes sont blessées et les services d'urgence travaillent sans relâche jusqu'à ce que de l'aide, civile et militaire, arrive sur les lieux. La Croix-Rouge, l'Armée du Salut et l'Ambulance Saint-Jean cessent de concentrer leurs efforts sur le front en Europe et volent au secours d'Halifax pendant que les médecins de la région vont jusqu'à pratiquer des opérations sur leurs propres tables de cuisine.

– www.cbc.ca/halifaxexplosion

immédiatement un ministère fédéral de la santé. La conférence propose que le traitement des maladies vénériennes soit financé à 75 % par le gouvernement fédéral et à 25 % par les provinces, le tout soutenu par la mise sur pied des structures nécessaires pour l'appliquer⁴⁸.

Le 20 février 1919, le discours du Trône engage

48 « Important Conference of Public Health Officers, February 3rd, 1919 », *Public Health Journal*, vol. 10 (février 1919) : pp. 85–87

officiellement le gouvernement fédéral dans la création d'un ministère de la santé publique.

Au début du mois d'avril 1919, le projet de loi est présenté devant la Chambre des communes par N. W. Rowell, qui est ensuite nommé au poste de ministre de la Santé quand la loi est adoptée vers la fin du mois de mai. Ce projet de loi comprend des dispositions pour la conservation de la vie et du bien-être des enfants, l'examen et le traitement médical des immigrants, la supervision médicale de tous les moyens de transport de compétence fédérale (comme le chemin de fer) et la collecte, la publication et la distribution de l'information nécessaire pour promouvoir la santé et une meilleure hygiène. Il prévoit aussi la création du Conseil fédéral d'hygiène, constitué du sous-ministre fédéral de la Santé, de responsables provinciaux de la santé et de cinq membres nommés, incluant des représentants du mouvement syndical, d'organisations de femmes, d'agences de services sociaux, du domaine de l'agriculture et d'universités. Le nouveau sous-ministre fédéral de la Santé, John A. Amyot, est nommé à la présidence du Conseil fédéral d'hygiène et amorce la création d'un nouveau ministère qui exclut les hauts fonctionnaires qui avaient supervisé les questions de santé dans d'autres ministères fédéraux, comme Frederick Montizambert et Peter Bryce⁴⁹.

En 1919, la rencontre annuelle de l'Association canadienne de santé publique, à Toronto, est marquée par l'entrée en fonction du nouveau ministère de la Santé, car plusieurs représentants d'Ottawa sont présents pour entendre les idées

49 G. Bilson, « Dr Frederick Montizambert (1843–1929): Canada's First Director General of Public Health », *Medical History*, vol. 29 (1985) : pp. 399–400

de l'Association concernant la lutte contre les maladies vénériennes. Une conférence sur l'hygiène sociale tenue à Ottawa en mai invite le gouvernement fédéral à accorder des subventions aux provinces pour contribuer à la lutte contre les maladies vénériennes et à lever les restrictions touchant l'importation, la fabrication et la vente de produits servant au traitement de la syphilis. Le gouvernement fédéral réagit promptement en permettant au Bureau de santé de l'Ontario de fabriquer des produits arsenicaux pour traiter la syphilis et consacre 200 000 \$ pour financer la lutte contre les maladies vénériennes. Le Conseil fédéral d'hygiène recommande que de cette somme, 10 000 \$ soient conservés par le ministère de la Santé afin d'effectuer le travail de supervision relatif à la lutte contre les maladies vénériennes et qu'une autre tranche de 10 000 \$ soit remise au nouveau Conseil canadien de lutte contre les maladies vénériennes pour des initiatives éducatives et des initiatives de propagande. On recommande que le reste soit divisé parmi les neuf provinces selon leur nombre d'habitants, à condition que chaque



Sanofi Pasteur Limitée, campus Connaught, archives

« *Quelque part, la fille qui deviendra peut-être votre femme reste "propre" pour vous. Vous espérez qu'elle garde sa pureté. En faites-vous autant de votre côté?* »

province prévoit une somme semblable pour le même type de travail⁵⁰.

Le nouveau financement en partenariat fédéral-provincial et l'enthousiasme entourant la mise sur pied d'un programme étendu d'hygiène sociale pour contrôler les maladies vénériennes sont à l'avant-scène du domaine de la santé publique au Canada durant une bonne partie du début des années 1920. À la même époque, à la suite de la destruction semée lors de la guerre, les priorités des intervenants du monde de la santé publique au Canada sont définies par le besoin urgent d'améliorer la santé infantile et maternelle. Après une décennie dominée par la guerre et les épidémies, les dirigeants de la santé publique commencent cette nouvelle décennie à la recherche de façons d'améliorer la santé et l'éducation des mères, les conditions sanitaires à la maison et à l'école, et, enfin, la salubrité des aliments, à l'aide de nouveaux outils de santé publique et des fonds publics.

50 « News Items », *Public Health Journal*, vol. 10 (novembre 1919) : p. 533

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 des 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.



Enfants pensionnaires, 1924–1925

Services destinés aux collectivités autochtones

Les collectivités autochtones disposent

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

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)

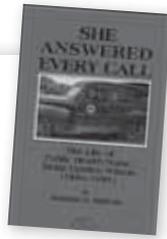
Croix-Rouge canadienne

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.

1930–1939

CHAPITRE 4

La santé publique : Une histoire canadienne

Une période de déclin

Une période de déclin	4.1
Bien-être infantile et maternel.....	4.3
Nutrition, salubrité alimentaire et pasteurisation.....	4.4
Tuberculose et Affaires indiennes	4.6
Maladies infectieuses.....	4.8
Propagation de la polio	4.9
Automobiles et accidents.....	4.10
Professionnalisation de la santé publique canadienne	4.12
Rôle du gouvernement fédéral.....	4.13



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

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

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.

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



© Musée McCord, MP-1980.32.1.233

*Enfants ruraux à Gaspé,
1930*

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^{er} 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*



John M. Uhrich

Premier ministre de la Santé publique de la Saskatchewan

Le D^r 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^r 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^r Uhrich est nommé lieutenant-gouverneur en 1948.

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

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 Rockefeller¹.

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



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

Infirmière Olga Freifeld, 19—

1 « County Health Units », *Canadian Public Health Journal*, vol. 22 (mars 1931) : pp. 151–152; « Quebec Moves Forward », *Canadian Public Health Journal*, vol. 24 (mai 1933) : pp. 242–243; « Recent Health Legislation in Canada », *Canadian Public Health Journal*, vol. 25 (novembre 1934) : p. 526; « News From the Field », *Canadian Public Health Journal*, vol. 26 (mars 1935) : p. 154



William Warwick

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

Le D^r 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^r 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^r Warwick a été le registraire général des statistiques de l'état civil.

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

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 reproduction². La mortalité maternelle lors des accouchements à domicile est cependant beaucoup moins élevée que pour les accouchements à l'hôpital, même lorsqu'aucun médecin n'est présent. En 1937, le Canada se classe à la 21^e 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 autochtones³. 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 accouchements⁴.

Selon le Dr 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 préventive⁵.

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 mères⁶.

Nutrition, salubrité alimentaire et pasteurisation



Sanofi Pasteur Limitée, campus Connaught, archives

Ministère de la Santé de Hamilton, début des années 1930

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

2 Wendy Mitchison, *Giving Birth in Canada, 1900–1950*, (2002) Toronto : University of Toronto Press, p. 49

3 Wendy Mitchison, *Giving Birth in Canada, 1900–1950*, (2002) Toronto : University of Toronto Press, p. 262

4 Wendy Mitchison, *Giving Birth in Canada, 1900–1950*, (2002) Toronto : University of Toronto Press, pp. 277–283

5 « News and Comments », *Canadian Public Health Journal*, vol. 21 (janvier 1930) : p. 48

6 Enid Charles, « Canadian Vital Statistics During the War Years », *Canadian Public Health Journal*, vol. 35 (novembre 1944) : pp. 439–451; Ernest Couture, « Maternal Hygiene in Wartime », *Canadian Public Health Journal*, vol. 35 (mai 1944) : pp. 175–180; J. J. Heagerty et J. T. Marshall, « State of Health of the People of Canada in 1943 », *Canadian Public Health Journal*, vol. 36 (janvier 1945) : pp. 6–17



Edna Lena Moore

Figure de proue de la profession d'infirmière

M^{me} 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^{me} 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)

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'entente⁷.

7 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 15 et 16 octobre 1937

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 lait⁸.

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



Musée Glenbow, MA-32558-3

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

8 « Report of the Committee on Milk Control: Reports from the 24th Annual Meeting, Canadian Public Health Association, June 3-5, 1935 », *Canadian Public Health Journal*, vol. 26 (juillet 1935) : pp. 358-361; « Progress in Securing Adequate Milk Control », *Canadian Public Health Journal*, vol. 27 (octobre 1936) : pp. 512-513

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 personnel⁹.

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 pasteurisé¹⁰. 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 province¹¹.

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 province¹².

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^r 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

- 9 « The Menace of Unsafeguarded Milk Supplies », p. 257
- 10 « Only Properly Pasteurized Milk is Safe Milk », *Canadian Public Health Journal*, vol. 27 (novembre 1936) : p. 571
- 11 « Compulsory Pasteurization of Milk Supplies », *Canadian Public Health Journal*, vol. 29 (février 1938) : pp. 89–91; « The Value of Pasteurization », *Canadian Public Health Journal*, vol. 29 (juin 1938) : pp. 318–319; A. E. Berry, « A Survey of Milk Control in Cities and Towns in Canada », *Canadian Public Health Journal*, vol. 29 (juin 1938) : pp. 305–309; R. D. Defries, « Survey of Milk-borne Diseases in Canada », *Canadian Public Health Journal*, vol. 29 (juin 1938) : pp. 255–261; A. E. Berry, « Milk Control Legislation in Canada », *Canadian Public Health Journal*, vol. 29 (juin 1938) : pp. 301–303

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



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

- 12 J. B. Waldram, A. Herring, et T. K. Young, *Aboriginal Health in Canada (2006)*, University of Toronto Press: Toronto, Ontario

efficaces en matière de prévention des maladies infectieuses¹³.

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^r Percy E. Moore, qui dirige le service de 1939 à 1965, tandis que le D^r Stone reste surintendant médical¹⁴.

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

M. Stuart Fraser

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

D^r Fraser est diplômé de la faculté de Médecine de l'Université du Manitoba en 1890 et entreprend ses études postdoctorales à Edinbourg. 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^r 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)

13 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 29 novembre et 1^{er} décembre 1934; « Saskatchewan's Achievement in Tuberculosis Control », *Canadian Public Health Journal*, vol. 24 (novembre 1933) : p. 543; F. C. Middleton, « Evolution of Tuberculosis Control in Saskatchewan », *Canadian Public Health Journal*, vol. 24 (novembre 1933) : pp. 505–513; « News From the Field », *Canadian Public Health Journal*, vol. 25 (mars 1934) : p. 151

14 Waldram, Herring et Young, *Aboriginal Health in Canada*

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



Armand Frappier

Un pionnier dans la lutte contre la tuberculose au Canada

D^r 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^r 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^r 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)

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 soins¹⁵.

15 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 29 novembre-1^{er} décembre 1934; « Saskatchewan's Achievement in Tuberculosis Control », *Canadian Public Health Journal*, vol. 24 (novembre 1933) : p. 543; F. C. Middleton, « Evolution of Tuberculosis Control in Saskatchewan », *Canadian Public Health Journal*, vol. 24 (novembre 1933) : pp. 505-513; « News From the Field », *Canadian Public Health Journal*, vol. 25 (mars 1934) : p. 151

Maladies infectieuses

Les éclosons 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^r 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 diphtérie¹⁶. En Ontario, 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 éclosons 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.



Sanoif Pasteur Limitée, campus Connaught, archives

Sanoif Pasteur Limitée, campus Connaught, archives



16 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 10-12 décembre 1930

Alexander Joseph Douglas

Quarante années passées au service de la santé publique à Winnipeg

En 1939, D^r 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^r 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)

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 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.

Propagation de la polio

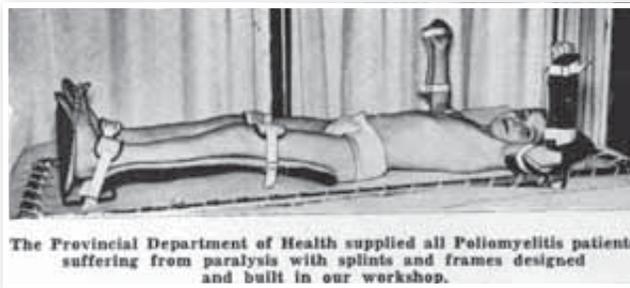
Archives de l'hôpital des enfants malades, Toronto



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

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 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.



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

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)

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 rien¹⁷.

Automobiles et accidents

On recueille des statistiques détaillées sur le nombre déplorable 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 la totalité des décès sont dus à des causes accidentelles et plus d'un quart de ceux-ci sont liés au transport routier.

17 « An Act to Provide Facilities for the Rehabilitation and Assistance of Persons who have been Afflicted by Poliomyelitis », 1938, chapitre 70, Statutes of the Province of Alberta, 31 mars 1938; Canada, *Débats de la Chambre des communes* 1952-1953, vol. 5, 8 mai 1953, (Ottawa, 1953), 4986-4988



Lynn Blair

*Infirmière hygiéniste itinérante
qui a exercé ses fonctions
dans l'administration de*

Manitoba pendant 41 ans

M^{me} 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^{me} 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^{me} 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)*

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-même¹⁸.

18 « Accidental Deaths », *Canadian Public Health Journal*, vol. 25 (août 1934) : p. 402



Inspecteur
hygiéniste de
l'époque

Professionnalisation de la santé publique canadienne

Lors d'une réunion de l'association médicale britannique à Winnipeg, en 1930, le D^r 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 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 maladies¹⁹. 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

19 James Russell Roberts, « Training of the Sanitary Inspector », *British Medical Journal* (18 octobre 1930), p. 636

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 dans les provinces. Un manuel de formation est préparé

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)

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.



sous l'égide du comité de certification des inspecteurs-hygiénistes de l'Association canadienne de santé publique²⁰.

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 vénériennes. La division du bien-être des enfants est également dissoute après le départ à la retraite, en 1934, de la D^{re} 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

20 C. Lyons et M. Malowany, « Who's a Public Health Professional? The Struggle for Recognition by Sanitary Inspectors in Early 20th Century Canada », *Revue canadienne de santé publique* (novembre et décembre 2009), pp. 409–410

un programme national d'aide aux ministères de l'État en matière de santé publique²¹.

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.

La Crise bouleverse certaines croyances enracinées sur le marché libre et le rôle du gouvernement. Lorsque l'Allemagne envahit la Pologne, le 1^{er} 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.



Arthur Edward Chegwin

Premier porte-parole de l'éducation en hygiène dentaire

Né en 1895 à Lacombe en Alberta, D^r 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^r 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^r 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^r 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)

21 « The Annual Meeting of the American Public Health Association », *Canadian Public Health Journal*, vol. 26 (novembre 1935) : p. 56

La Deuxième Guerre mondiale et l'expansion

La Deuxième Guerre mondiale et l'expansion	5.1
Nutrition et salubrité des aliments	5.2
Condition physique	5.4
Consommation de tabac	5.5
Maladies vénériennes et pénicilline	5.6
Immunisation et maladies infectieuses	5.7
Services de santé aux Autochtones	5.8
Expansion fédérale et promesses de l'après-guerre	5.11
Les hauts et les bas de la santé publique	5.13
Organisation mondiale de la Santé	5.15

La Deuxième Guerre mondiale donne lieu à une croissance sans précédent de la main-d'œuvre et du taux d'industrialisation au Canada. Matières premières, produits agricoles et produits manufacturés sont indispensables à l'effort de guerre. En plus de connaître une augmentation considérable en matière d'investissement et de progrès technologiques, le Canada, pays principalement rural, devient principalement urbain dans les années 1940. Les femmes jouent un rôle essentiel dans la bonne marche des exploitations agricoles et de l'économie durant la guerre; de 1939 à 1944, les emplois à temps plein qu'elles occupent doublent, et nombre d'entre elles effectuent ce que l'on a l'habitude de considérer comme « un métier d'homme ». Les avancées technologiques placent les hôpitaux et les spécialistes de la santé à l'avant-scène d'une société qui continue de se transformer sous l'effet de l'industrialisation, tandis que les partis politiques travaillistes et les partis politiques de gauche réclament davantage d'égalité sociale. La fin de la Deuxième Guerre mondiale apporte des promesses de progrès, de croissance et de prospérité au Canada, mais aussi une inquiétude croissante vis-à-vis de l'accélération des changements et de la menace atomique née de la guerre froide¹.

1 http://www.warmuseum.ca/cwm/exhibitions/newspapers/canadawar/homefront_f.shtml



Elizabeth L. Smellie

Service aux IOV et première femme avec le grade de colonel

Elizabeth Laurie Smellie est née en 1884 à Port Arthur, en Ontario. Après avoir suivi des études d'infirmière à la Johns Hopkins Training School à Baltimore, elle s'engage comme infirmière militaire durant la Seconde Guerre mondiale avec le Service de santé de l'armée royale canadienne. En 1924, elle rejoint les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada pour être nommée surintendante principale quelque temps après, participant ainsi à élargir la présence des Infirmières de l'Ordre de Victoria à travers le Canada. En 1940, Mlle Smellie entre dans l'armée canadienne pour la Seconde Guerre mondiale où elle participe à la mise sur pied du Service féminin de l'Armée canadienne (CWAC). Le CWAC exerçait une variété de tâches en temps de guerre, des activités cléricales et administratives, à la conduite, à la fabrication de voiles, comme aides à l'approvisionnement et opératrices de téléscripneur. Mlle Smellie est nommée au poste de responsable de la division CWAC en 1942 et promue au grade de colonel en 1944, représentant ainsi la première femme à obtenir ce grade dans l'armée canadienne.

(suite101.com)

Au cours de la Deuxième Guerre mondiale, bon nombre des membres les plus talentueux du corps médical et de la santé publique s'engagent dans l'armée. Dans un éditorial du *Canadian Public Health Journal* portant sur la santé publique en temps de guerre, on avise les lecteurs que, si l'étendue et le coût définitifs de la guerre sont encore inconnus, il est clair que certains demandent d'ores et déjà une réduction des dépenses publiques et un réaligement de l'effort. Or les acquis doivent être consolidés. La dernière guerre nous a enseigné ses leçons. Il ne peut y avoir de réduction des dépenses publiques et de diminution de l'effort public, pour le bien de la santé². L'Association canadienne de santé publique continue de presser le gouvernement fédéral de débloquer des fonds pour des services de santé à temps plein et des programmes provinciaux de lutte contre la tuberculose. Dans chaque province, les dépenses publiques allouées à la lutte contre la

tuberculose et aux soins dans les sanatoriums sont à peu près égales, voire supérieures aux dépenses du ministère de la Santé pour tous ses autres services, ne laissant ainsi que peu de fonds pour financer les services de prévention³.



Cockfield Brown & Compagnie Limitée

Approvisionnement sûr en lait

Nutrition et salubrité des aliments

Pendant et après la guerre, de nombreux Canadiens ont de la difficulté à trouver et à payer des aliments de qualité. La guerre met en lumière l'importance de la nutrition pour les civils comme pour les militaires, de récents sondages ayant révélé qu'une part importante de la population souffre de malnutrition. Le pain est privilégié comme moyen

d'améliorer la nutrition et l'on tente d'amener les consommateurs à passer du pain blanc au

2 « Public Health in Wartime », *Canadian Public Health Journal*, vol. 31 (janvier 1940) : pp. 35–36

3 « The Need for Federal Government Assistance in Public Health », *Canadian Public Health Journal*, vol. 32 (septembre 1941) : pp. 478–479



Josephine DeBrincat

Développement des services infirmiers en santé publique au Manitoba

La carrière de Josephine DeBrincat est étroitement liée au développement des services de soins infirmiers en santé publique au Manitoba. Elle est née sur l'île de Malte et suit une formation en soins infirmiers au Winnipeg General Hospital en 1925. Elle reçoit le certificat d'inspectrice hygiéniste royale et un diplôme en soins infirmiers. M^{me} DeBrincat se spécialise en hygiène du travail lors de la Deuxième Guerre mondiale et est nommée infirmière hygiéniste en chef pour l'Administration des Nations unies pour le secours et la reconstruction en Italie. À son retour au Manitoba en 1946, elle assume ses responsabilités d'infirmière-conseil en hygiène du travail, d'infirmière hygiéniste-conseil et de conseillère en défense civile auprès du ministère de la Santé et du Bien-être public.

(*Revue canadienne de santé publique*, vol. 61, 1970)

pain de blé entier, plus nutritif, bien que l'ajout d'un dérivé synthétique de la vitamine B₁ au pain blanc soit vu comme une amélioration. Les sondages sur la nutrition indiquent des carences en calcium, notamment chez les enfants des familles à faible revenu, qui ne consomment que la moitié du calcium nécessaire, leur régime alimentaire étant pauvre en lait et en fromage à cause des difficultés économiques ou d'un manque de connaissance des vertus nutritives du lait. Comme on le souligne dans un éditorial du *Canadian Public Health Journal*, dans un pays

principalement agricole souvent confronté à un excédent de récoltes, un grand nombre de nos enfants ne mangent pas sainement⁴.

On juge qu'une meilleure nutrition est nécessaire pour les jeunes et les adultes, en particulier ceux qui travaillent dans les industries de guerre. En 1941, une division de l'alimentation est créée au sein du ministère des Pensions et de la Santé dans le but d'améliorer les normes nutritionnelles canadiennes et de travailler avec les comités de la nutrition provinciaux. En 1942, le premier guide alimentaire canadien, alors intitulé *Règles alimentaires officielles au Canada*, est publié dans le but de prévenir les carences alimentaires consécutives au rationnement en temps de guerre. La division lance un vaste programme alimentaire national avec l'aide de la Commission d'information

en temps de guerre et de l'Association canadienne des annonceurs afin de sensibiliser les Canadiens à la nécessité d'une alimentation suffisante pour demeurer en santé et physiquement efficace⁵.

Étant donné les pénuries alimentaires de la guerre, la reprise



Santé Canada

Premier guide alimentaire canadien

- 4 E. W. McHenry, « Nutrition in Canada », *Canadian Public Health Journal*, vol. 30 (septembre 1939) : pp. 431–434; « Improving the Staff of Life », *Canadian Public Health Journal*, vol. 31 (septembre 1940) : p. 441; « Dietary Calcium Deficiencies in Canada », *Canadian Public Health Journal*, vol. 32 (avril 1941) : pp. 227–228
- 5 « The Canadian Nutrition Program », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 34 (janvier 1943) : pp. 38–39



Chester B. Stewart

*Chercheur, administrateur
et doyen de la Faculté de
médecine, Université de
Dalhousie*

Chester Bryant Stewart est né à l'Île-du-Prince-Édouard. Après l'obtention de son diplôme avec la mention de médaillé d'or en médecine en 1938, il est nommé le secrétaire adjoint du Comité associé de la Recherche médicale du Conseil national de Recherches, à Ottawa, sous la présidence de Sir Frederick Banting. Il participe au premier programme de recherche en médecine aéronautique au Canada et au début de 1940 à juin 1945, il poursuit sa recherche en aéronautique dans les Forces armées canadiennes, prenant sa retraite avec le grade de lieutenant-colonel d'aviation. Après des études supérieures en santé publique et épidémiologie, il est d'abord nommé professeur d'épidémiologie à la Faculté de médecine, de l'Université de Dalhousie en 1946 et plus tard doyen de la Faculté de médecine.

*(La Revue canadienne de santé publique,
vol. 67, mai/juin 1976)*

est lente. Les restrictions sur l'importation et le prix élevé des fruits et des légumes frais sont un frein important à ce mouvement et, en 1948, le Conseil fédéral d'hygiène note que les mères de famille sont préoccupées par le fait que leurs familles sont privées de nutriments indispensables. Le Conseil demande au ministère fédéral de la Santé de faire des recommandations sur les substituts appropriés aux aliments touchés par la pénurie et sur la manière de maximiser les dépenses alimentaires.

Le Conseil fédéral d'hygiène envisage également de réglementer les activités des fournisseurs de sel, car les ministères provinciaux de la Santé sont pressés de trouver une solution aux carences en iode à l'origine des problèmes de goitre. Les carences en vitamine D chez les enfants amènent le Comité fédéral-provincial de la nutrition à demander la mise à jour et la création de matériel pédagogique sur la nutrition⁶.

Pour les familles contraintes de trouver des substituts de matières grasses, l'interdiction de 1886 qui pèse sur la fabrication de la margarine est difficile à comprendre. L'industrie laitière est incapable de répondre à la demande de beurre et les pénuries finissent par entraîner une levée de cette interdiction. Beaucoup pensent que la margarine a une faible valeur nutritionnelle, mais le chef de la division de l'alimentation affirme que dans une perspective économique et alimentaire, la bonne margarine est supérieure au beurre⁷.

Condition physique

Parallèlement aux initiatives en matière de nutrition, un vaste programme national d'éducation à la santé et de forme physique est lancé au milieu de la guerre. Comme lors de la Première Guerre mondiale, de nombreux jeunes hommes appelés à faire leur



Ministère de la Défense nationale,
Bibliothèque et Archives Canada,
PA-065375

*Soldats en train de
faire de l'exerce, FA,
Hamilton, Ont., 1944*

- 6 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 14–16 mai 1947, 15–17 octobre 1947, 10–12 mai 1948
- 7 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 15–17 octobre 1947; « Margarine », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 40 (juin 1949) : pp. 275–276

Revue canadienne de santé publique, 34
(novembre 1943)



service militaire sont rejetés pour cause de mauvaise condition physique. La Chambre des communes rapporte que 43 % des nouvelles recrues doivent être refusées en 1941, et ce chiffre atteint 50 % en 1944, même si de nombreux appelés sont acceptés malgré, notamment, des problèmes oculaires et dentaires, des hernies et des malformations. En 1943, le gouvernement fédéral promulgue la *Loi sur l'aptitude physique nationale*, fonde le Conseil national d'aptitude physique et subventionne la création de programmes locaux d'éducation à la



June Lawson

Première inspectrice-hygiéniste du Canada

M^{me} June Lawson est la première femme à recevoir un certificat fédéral d'inspection sanitaire. Née en Écosse en 1907, M^{me} Wilson déménage à Winnipeg et obtient son diplôme d'études au Success Business College en 1930. Elle occupe ensuite des fonctions de commis au service de la T. Eaton Company, puis au service de la fiscalité, au service d'hygiène et des produits laitiers puis au service de la salubrité des logements de la Ville de Winnipeg. Alors qu'elle travaille au service d'hygiène, M^{me} Lawson fait ses études en vue de l'obtention du certificat d'inspecteur sanitaire, le certificat numéro 254 lui étant décerné en 1942.

(Tim Roark, historien, Institut canadien des inspecteurs en hygiène publique, 2009)

« Dissipez la menace, Participez à la semaine de sensibilisation à la santé au travail, du 15 au 20 février, Faites de l'exercice pour la victoire »

santé dans les provinces. Comme l'indique un éditorial du *Canadian Public Health Journal*, la guerre enseigne des leçons utiles, mais il n'est pas nécessaire d'avoir une guerre pour que les gens se rendent compte que la santé et la forme physique des enfants et des jeunes sont d'une importance capitale pour le pays⁸.

Consommation de tabac

Malgré l'opposition continue de la Women's Christian Temperance Union depuis la Première Guerre mondiale, le tabac connaît une popularité croissante au Canada. Dans un numéro de *Science* de 1938, Raymond Pearl publie des tables de mortalité actuarielles qui montrent clairement que les fumeurs ont une espérance de vie plus courte que les non-fumeurs, mais cette preuve des effets nocifs du tabac, tout comme d'autres, ne semblent pas trouver écho parmi la population. L'habitude, valorisée par les films hollywoodiens de l'époque, rehausse la popularité du tabac, y compris auprès d'un nombre croissant de femmes. Les fabricants de tabac personnalisent les paquets de cigarettes envoyés aux soldats dans leurs rations. Au Canada, la consommation annuelle de cigarettes se multiplie par 10 de 1921 à 1949, pour atteindre 28 milliards. Un sondage effectué en 1947 montre que 47 % des Montréalaises fument, alors que d'autres enquêtes révèlent qu'environ trois quarts des



Public Health Journal, 15 (juin 1924)

8 « Health Training in Schools », *Canadian Public Health Journal*, vol. 33 (avril 1942) : pp. 178-179; « Military Rejections and the Public Health », *Canadian Public Health Journal*, vol. 35 (septembre 1944) : pp. 367-368

hommes et 50 % des femmes dans la vingtaine et la trentaine sont des fumeurs⁹.

Maladies vénériennes et pénicilline

La guerre accélère le développement et la fourniture à grande échelle de la pénicilline – l'un des traitements médicaux les plus efficaces depuis l'insuline. Découverts par Alexander Fleming en 1929 à Londres, les effets antibiotiques de la pénicilline incitent Howard Florey, Ernst Chain et d'autres scientifiques de l'Université d'Oxford à se lancer dans des recherches intensives visant à produire le traitement en grande quantité. Il est de plus en plus évident que la pénicilline aura un effet considérable sur le traitement et la prise en charge de maladies comme la pneumonie, la méningite, la gonorrhée et la syphilis – et les Forces canadiennes en feront bon usage grâce aux stocks fournis en grande partie par les laboratoires Connaught.

Le gouvernement fédéral réinstaura sa Division de lutte antivénérienne en 1943, sous l'autorité conjointe du ministère des Pensions et de la Santé et du ministère de la Défense nationale. L'incidence des maladies vénériennes chez le personnel militaire est inférieure aux prévisions, résultat que l'on attribue à l'éducation à la santé, au traitement des maladies, à la notification des partenaires, aux préservatifs et aux trousseaux prophylactiques remis aux soldats avant leurs permissions. Au front, les subventions de santé

9 N. Collishaw, *History of Tobacco Control in Canada* (2009), Ottawa, ON 4 E. W. McHenry, « Nutrition in Canada », *Canadian Public Health Journal*, vol. 30 (septembre 1939) : pp. 431–434; « Improving the Staff of Life », *Canadian Public Health Journal*, vol. 31 (septembre 1940) : p. 441; « Dietary Calcium Deficiencies in Canada », *Canadian Public Health Journal*, vol. 32 (avril 1941) : pp. 227–228



Claude Ernest Dolman

*Brillant microbiologiste,
chercheur et spécialiste
reconnu du botulisme*

D^r Claude Ernest Dolman était un brillant microbiologiste réputé pour ce qu'il a apporté à la santé publique et aux aspects universitaires de la bactériologie. Né en Angleterre en 1906, il arrive au Canada en 1931 comme assistant de recherche aux Connaught Laboratories. Il continue ses études et devient professeur et chef du Département de Bactériologie et de médecine préventive de l'Université de la Colombie-Britannique. D^r Dolman enrichit les connaissances médicales par la publication de plus d'une centaine d'articles, dont 36 dans la *Revue canadienne de santé publique*. Ces articles portent sur une grande variété de sujets comme la brucellose, la gonorrhée, la fièvre typhoïde, le vaccin contre le choléra, la diphtérie, la grippe espagnole et la fièvre de Haverhill. Il acquiert une réputation mondiale grâce à son travail sur le botulisme et avance l'hypothèse importante sur le plan épidémiologique selon laquelle le *Clostridium botulinum* de type E n'est pas un organisme marin, mais terrestre.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 64, mars/avril 1973)

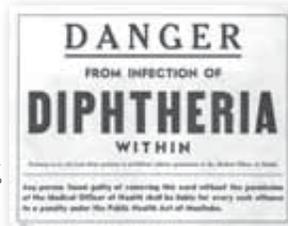
fédérales permettent aux provinces d'offrir un traitement antibiotique gratuit, qui entraîne une réduction de 72,2 % du taux de syphilis et de 35,6 % du taux de gonorrhée de 1944 à 1951¹⁰.

10 Gordon Bates, « Venereal Disease Control », *Canadian Public Health Journal*, vol. 32 (juillet 1941) : pp. 339–349; « The Importance of the Moral Factor in the Control of Venereal Diseases », *Canadian Public Health Journal*, vol. 32 (juillet 1941) : pp. 366–367; « An Essential Consideration in Venereal Disease Control », *Canadian Public Health Journal*, vol. 33 (octobre 1942) : pp. 502–503; « A Coordinated Program for Venereal Disease Control in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 34 (mai 1943) : pp. 246–247

Immunisation et maladies infectieuses

La rougeole, l'hépatite, une résurgence des cas de rage et l'importation de la malaria par les soldats de retour de Corée s'ajoutent aux problèmes de santé publique causés par des maladies comme la typhoïde, que les nouveaux immigrants rapportent. Les campagnes de vaccination sont ralenties par l'apathie et le manque de vigilance des parents et de nombreux professionnels de la santé. Le laisser-aller dans la vaccination contre la diphtérie chez les enfants d'âge préscolaire et la mise en application limitée des campagnes de la part des infirmières, des médecins, des étudiants en médecine et du personnel hospitalier favorisent une incidence de diphtérie élevée. Le Canada, qui a été l'un des chefs de file de la lutte contre cette maladie, se laisse distancer par les États-Unis, l'Angleterre et le Pays de Galles au milieu des années 1940.

Sanofi Pasteur Limitée, campus
Comauit, archives



« Risque d'infection à la diphtérie à l'intérieur »

Les ministères provinciaux de la Santé renouvellent leurs efforts en vue de sensibiliser la population à la vaccination gratuite par anatoxine, mais les doses de rappel sont rarement

administrées. La Nouvelle-Écosse fait face à une épidémie de diphtérie qui touche les populations civile et militaire, et l'historique déficient d'Halifax en matière de gestion de la santé publique incite les autorités municipales à instituer une enquête indépendante sur les conditions de santé, qui sera effectuée par la division internationale pour la santé de la Fondation Rockefeller. L'enquête met en cause le laissez-faire de l'administration municipale quant à ses responsabilités en matière



Allan Reid Morton

Artisan compétent et infatigable de l'établissement des services de santé publique à Halifax

Le Dr Allan Reid Morton devient le premier médecin hygiéniste à temps plein à Halifax en 1940 et parallèlement, il avait accepté sa nomination au poste de professeur agrégé en médecine préventive à l'Université Dalhousie. Au début des années 1940, la diphtérie était une maladie particulièrement préoccupante, en particulier en raison du fait que Halifax était un lieu de convergence et d'embarquement des militaires durant la Deuxième Guerre mondiale. Pendant la guerre, le Dr Morton préside notamment la commission médicale des Forces armées de la région; après la guerre, il est chargé de l'établissement d'un programme de santé mentale et d'un programme de santé mère-enfant, et supervise le programme de mise à l'épreuve du vaccin Salk contre la poliomyélite à Halifax en 1954, la première région au Canada où on procède à l'administration générale de ce vaccin. Le Dr Morton a mené une lutte acharnée contre la tuberculose, cette maladie ayant interrompu sa carrière à quelques reprises, mais à chaque fois il se remettait à l'œuvre avec une vigueur renouvelée.

(La Revue canadienne de santé publique, vol. 55, juin 1964)

de santé publique, laissez-faire qui se traduit par une forte incidence de maladies évitables, de tuberculose et de mortalité infantile¹¹.

11 « National Immunization Week, November 14–21 », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 34 (octobre 1943) : pp. 476–477; « The Halifax Health Survey », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 34 (mars 1943) : pp. 140–141; « The Occurrence of Diphtheria in Halifax from October 1, 1940 to January 31, 1941: An Interim Report to the Dominion Council of Health », *Canadian Public Health Journal*, vol. 32 (août 1941) : pp. 404–409

Lorsqu'en 1946, une violente épidémie de variole fait 51 malades et 16 morts à Seattle, dans l'État de Washington, l'agent de santé de la Colombie-Britannique publie une déclaration-choc dans la presse, où il recommande à tous les citoyens de se faire vacciner. La population réagit promptement, si bien que les autorités sanitaires doivent appeler d'urgence les laboratoires Connaught pour qu'ils fournissent rapidement des stocks de vaccins, alors que les services de santé de Vancouver et de Victoria organisent des cliniques de vaccination ouvertes de 12 à 14 heures par jour pour accueillir l'afflux continu de visiteurs. Des stocks de vaccins suffisants étant constitués, des cliniques de vaccination sont mises sur pied partout dans la province et une preuve de vaccination est exigée pour franchir la frontière canado-américaine. Au terme de la crise, plus de 300 000 personnes ont été vaccinées à Vancouver et dans les régions côtières de la province, et on ne rapporte aucune complication grave, ni aucune activité notable de lutte contre la vaccination. On insiste à nouveau sur l'importance de la vaccination systématique des enfants durant la première année de leur vie, tandis qu'une résolution est adoptée lors de la réunion annuelle de l'Association canadienne de

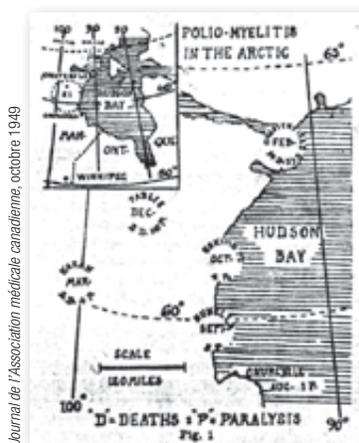
santé publique en 1946, demandant instamment l'adoption d'une politique plus vigoureuse des services de santé en matière de revaccination¹².

Services de santé aux Autochtones

Tandis que les personnes concernées continuent de demander de meilleures mesures de lutte contre la tuberculose dans les communautés autochtones, le Dr J. D. Galbraith rédige en 1940 une lettre de sept pages décrivant la tuberculose

à Bella Coola et pressant le secrétaire provincial de prendre des dispositions pour remédier à l'absence totale de mesures visant à traiter les cas existants ou à prévenir la propagation de cette maladie¹³. Il note également que l'Indien canadien est encore la seule personne entièrement exclue de l'organisation nationale de lutte contre la tuberculose. Dans les années 1940, la mortalité demeure supérieure à 700 pour 100 000 Autochtones

canadiens – l'un des taux les plus élevés au monde; ces chiffres s'expliquent par la pauvreté, une mauvaise alimentation, le surpeuplement et la comorbidité avec d'autres maladies. En comparaison, le taux national de mortalité lié à la tuberculose baisse rapidement dans les années 1940, ces décès étant désormais principalement considérés comme un effet de cohorte découlant de la mort et du vieillissement d'une génération vulnérable.



Journal de l'Association médicale canadienne, octobre 1949

La polio dans le Nord du Canada, 1940s



Sanofi Pasteur Limitée, campus Comaughit, archives

Un grave cas de variole



J.J. Heagerty, «Smallpox and Vaccination», Ottawa, 1925

Trois frères et sœurs, deux vaccinés, celui du milieu ne l'a pas été

12 « Resolutions Adopted at the 34th Annual Meeting of the Canadian Public Health Association, Toronto, May 6–8, 1946 », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 37 (juin 1946) : p. 254

13 J. D. Galbraith. Letter to G.M. Weir, February 15, 1940.



Andrew J. Rhodes

Il a appliqué la microscopie électronique à l'identification de virus

Né en 1911, le Dr Andrew Rhodes a été un chercheur scientifique pendant près de quarante ans dans le domaine de la microbiologie, et plus précisément en virologie. Il a appliqué la microscopie électronique à l'identification de virus dans la culture in vitro du poliovirus dans la culture cellulaire et dans les études d'autres virus. Il comptait plus de 140 articles prêts pour la publication et en coopération avec C.E. Van Rooyen, il est l'auteur de deux livres sur les maladies virales, les deux ayant fait l'objet de multiples éditions. À diverses époques, il a été le directeur de l'Institut de recherche, de l'Hospital for Sick Children, directeur de l'École d'hygiène, et directeur médical de la Direction des services de laboratoire du ministère de la Santé de l'Ontario.

(La Revue canadienne de santé publique, vol. 66, mars/avril 1975)

Selon une décision de la Cour suprême du Canada datant de 1939, la santé des peuples autochtones des régions nordiques relève de la responsabilité du gouvernement fédéral. Les Inuits (le plus souvent appelés Eskimos à cette époque) sont traités comme les Indiens en ce qui concerne la compétence fédérale en matière de santé, mais ne sont pas assujettis à la *Loi sur les Indiens*. Un service de santé commun Indien-Eskimo voit le jour en 1945, sous la tutelle du nouveau ministère de la Santé et du Bien-être. L'activité militaire durant et

après la guerre, de même que le développement économique qui s'ensuit dans les Territoires, apportent des maladies infectieuses qui s'avèrent particulièrement dangereuses pour les communautés inuites, dont la polio, la grippe et plusieurs autres affections virales.

En l'absence de vaccin efficace, la polio continue de se propager dans toute la population au cours des années 1940. En 1947, le programme fédéral de subventions pour la recherche sur la santé permet de financer un vaste programme de recherche sur le virus de la poliomyélite aux laboratoires Connaught, sous la direction du Dr Andrew J. Rhodes. Durant l'hiver 1948-1949, le Dr Rhodes entend parler d'une épidémie de polio dans une collectivité inuite de la côte ouest de la Baie d'Hudson par le Dr J. P. Moody, médecin hygiéniste des Services de santé aux autochtones pour la région est de l'Arctique. Le Dr Moody est l'un des 27 médecins hygiénistes des Services de santé aux autochtones du ministère de la Santé et du Bien-être, dont sept sont en poste dans l'Est de l'Arctique. Près de 700 médecins offrent des services médicaux à temps partiel aux collectivités autochtones, ainsi que 24 infirmières régionales réparties dans tout le pays et un groupe médical rattaché à l'expédition de l'Arctique de l'Est, à bord du *HMS Nascope*¹⁴.

À la fin du mois de février, pas moins de 25 cas de polio et quatre décès ont été



Globe and Mail, le 12 février 1946

« Vaccin antigrippal : Nos scientifiques espèrent que l'immunisation contre cette maladie mystérieuse sera bientôt possible »

14 P. E. Moore, « Indian Health Services », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 37 (avril 1946) : pp. 140-142



Joseph Henry Gilbert Page

Développement des statistiques de l'état civil et de la santé publique au Canada

M. Joseph Henry Gilbert Page est né à Chalk River, en Ontario en 1909. En 1942, il accepta une nomination au bureau de l'état civil de la Division de la santé et du bien-être et y joue un rôle important dans l'élaboration, en collaboration avec les provinces, le nouveau catalogue national des naissances, la pierre angulaire du programme national des allocations familiales. Il est nommé chef de la Section de l'état civil en 1947, un poste qu'il occupe avec distinction jusqu'à sa retraite en 1974. Il a participé à la planification de cinq recensements canadiens et a jeté les bases de la 8e et 9e révision de la *Classification internationale des maladies*. Par le dialogue et la communication avec les provinces, M. Page a instauré une confiance mutuelle et une compréhension inestimable à l'évolution du système des statistiques essentielles de l'état civil du Canada.

(La Revue canadienne de santé publique, vol. 65, mars/avril 1974)



John Thornton Marshall

Statisticien distingué qui a contribué grandement à l'avancement de la santé

publique

M. John Thornton Marshall est né à Buckingham, en Angleterre et arrive au Canada alors qu'il est encore enfant pour s'établir à Victoria. Il œuvre au sein de la Division des statistiques de l'état civil du Conseil de la santé de Colombie-Britannique et de 1916 à 1941, il passe de commis à directeur de la division et registraire des dossiers médicaux. Il invente et met en place divers systèmes pour la tenue de registres des naissances, des mariages et des décès, en plus d'établir les registres d'adoption et de divorce. En outre, il met en place des registres dans les hôpitaux, les organismes de service social et les services de soins infirmiers et d'hygiène publique. En 1941, M. Marshall déménage à Ottawa pour travailler à titre de statisticien fédéral adjoint. Son travail pionnier a résulté dans l'établissement du Conseil de la statistique de l'état civil du Canada, un organisme consacré à la normalisation et au perfectionnement des méthodes dans ce domaine.

(La Revue canadienne de santé publique, vol. 56, 1965)

Famille Lawrence, archives provinciales de l'Alberta, A2089



Inuits du delta du Mackenzie, Aklavick, cercle polaire arctique, 19—?

recensés, et une équipe composée de six médecins est aéroportée sur les lieux par l'armée de l'air pour poser un diagnostic et traiter l'épidémie. Le 20 février, le D^r Moody impose une quarantaine régionale sans précédent, qui couvre plus de 103 000 kilomètres carrés¹⁵.

15 A. F. W. Peart, « An Outbreak of Poliomyelitis in Canadian Eskimos in Wintertime: Epidemiological Features », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 40 (octobre 1949), p. 406; J. D. Adamson, J. P. Moody, A. F. W. Peart, R. A. Smillie, J. C. Wilt et W. J. Wood, « Poliomyelitis in the Arctic », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 61 (octobre 1949), p. 339

À peu près à l'époque où l'épidémie de polio sévit dans l'Est, une grippe particulièrement virulente frappe les 90 membres d'une communauté inuite du Sud de l'île de Victoria, dans les Territoires-du-Nord-Ouest, près de Cambridge Bay, faisant 18 morts. De la cinquantaine d'hommes non inuits vivant dans la région, très peu sont touchés, et dans un seul cas, des soins médicaux sont nécessaires. Des efforts concertés sont déployés pour identifier les souches responsables de ces épidémies et il devient clair qu'il est nécessaire de vacciner les Eskimos contre l'infection introduite de l'extérieur à l'aide de la même inoculation que les personnes blanches entrant dans les Territoires arctiques¹⁶. La grippe est particulièrement présente dans de nombreuses régions du Canada cet hiver-là, notamment dans certaines parties de l'Ontario, du Québec, du Nouveau-Brunswick, de la Saskatchewan et de l'Alberta, mais ses effets sur la population non autochtone sont généralement minimes.



*Dr George
Donald West
Cameron*

Expansion fédérale et promesses de l'après-guerre

Une conférence fédérale-provinciale est organisée en 1941 pour discuter des recommandations de la Commission Rowell-Sirois;

toutefois, la plupart des propositions, dont un régime d'assurance-maladie, seront abandonnées

devant l'opposition des provinces, dans ce qui est vu comme une intrusion fédérale dans les compétences provinciales. Toutefois, les retraites et les dispositions en vue du bien-être sont transférées au gouvernement fédéral et celui-ci s'attache à améliorer le niveau de vie des Canadiens. Un nouveau ministère de la Santé et du Bien-être remplace le ministère des Pensions et de la Santé en 1944.



Paul Martin, père

Un programme fédéral de subventions est annoncé en 1945, mais il tombe à l'eau lorsque l'Ontario et le Québec s'opposent aux accords financiers du programme en question. En 1946, le gouvernement fédéral réitère sa détermination à élargir les services nationaux de santé publique avec la nomination du Dr Donald West Cameron au poste de sous-ministre fédéral de la Santé, et de Paul Martin, père, au poste de ministre de la Santé et du Bien-Être. Paul Martin s'intéresse particulièrement aux questions de santé, essentiellement pour des motifs personnels. Quelques mois avant sa nomination, une grave épidémie de poliomyélite dans la région de Windsor, en Ontario, a notamment touché son fils de huit ans, Paul Martin, fils. À l'époque, M. Martin est secrétaire d'État et, lors d'une réunion du conseil des ministres, il reçoit un appel paniqué de sa femme lui demandant de rentrer de toute urgence à la maison (en 1907, Paul Martin, père, a lui-même souffert d'une attaque de polio qui l'a marqué physiquement). Il est alors rapatrié à bord d'un avion du gouvernement et trouve son fils dans un service de contagieux, la gorge paralysée, incapable de parler. Heureusement, la crise

16 C. E. Van Rooyen, L. McClelland et E.K. Campbell, « Influenza in Canada During 1949, Including Studies on Eskimos », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 40 (novembre 1949) : pp. 447-456; F. P. Naglet, C. E. Van Rooyen et J. H. Sturdy, « An Influenza Virus Epidemic at Victoria Island, N.W.T., Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 40 (novembre 1949) : pp. 457-465



John J. Heagerty

*Responsable de l'élaboration
des dispositions législatives*

fédérales régissant l'assurance-santé

D^r John J. Heagerty est le premier titulaire de la fonction de médecin hygiéniste en chef au sein du ministère fédéral de la Santé. En 1928, le D^r Heagerty écrivait : [traduction] « Nous avons vu nos ministères de la Santé évoluer de services constitués d'un seul médecin, à temps partiel de surcroît, en des services élaborés constitués d'armées de travailleurs de la santé et nécessitant des milliers de dollars en crédits. Nous avons vu le taux de mortalité chuter de 40 par mille habitants à si peu que 7,5 par mille habitants dans certaines régions du pays. Pour toutes les personnes qui se sont consacrées à lutter contre les maladies, de génération en génération, ce fut une odyssee longue et épuisante. » Le Rapport sur la santé publique au Canada, dont il est également l'auteur, constitue le fondement de l'ébauche du projet de loi sur l'assurance maladie présenté à un comité parlementaire en 1943. Il dirige les efforts de l'administration publique fédérale afin d'étoffer davantage le projet de loi présenté en 1945. Il rédige ses propres annales médicales historiques dans son ouvrage intitulé *Four Centuries of Medical History in Canada*.

*(Journal de l'Association médicale
canadienne, 10 août 1968)*

s'estompe et Paul Martin fils se rétablit, bien que sa rémission s'étende sur près d'un an¹⁷.

La création de la division de l'hygiène de la mère et de l'enfant en 1947 permet de combler le vide laissé par la fermeture de la division du bien-être de l'enfant en 1943. L'avènement d'un nouveau service d'épidémiologie et l'aménagement de

17 Paul Martin, *A Very Public Life: Volume I, Far From Home*, (Ottawa: Deneau Publishers, 1983), pp. 459–460

nouveaux locaux pour le Laboratoire d'hygiène, le Laboratoire sur les aliments et drogues et le Laboratoire d'hygiène industrielle, inspirés des National Institutes of Health de Washington, sont d'autres signes qui témoignent de l'expansion de la santé publique fédérale.

Paul Martin annonce son programme national de santé en mai 1948, lors de la réunion annuelle de l'Association canadienne de santé publique à Vancouver. Il insiste sur l'accélération importante du progrès rendue possible par l'augmentation considérable des dépenses engagées par le gouvernement fédéral pour mettre en pratique

Frederick W. Jackson

*Élabore et met en œuvre le régime de santé
au Manitoba*

Le D^r Frederick W. Jackson fait son entrée au Département provincial de la santé et du bien-être du Manitoba au poste de directeur de la section de la prévention des maladies, en 1928. De 1931 à 1948, le D^r Jackson occupe la fonction de sous-ministre de la Santé et du bien-être du Manitoba. Dans le cadre de ses fonctions à ce titre, il élabore le régime de santé du Manitoba, un régime de grand renom qui a été introduit en 1945. C'est en raison de sa vision et de ses efforts inlassables que le Manitoba a pu instaurer un régime de soins de santé aussi novateur qu'efficace, intégrant les services en milieu hospitalier, en santé publique, en laboratoire et en diagnostic. Il aide le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social dans la réalisation d'études en matière d'assurance-maladie

*(La Revue canadienne de santé publique,
vol. 48, 1957)*



Gregoire Fere Amyot

Contributions à la santé publique au Canada et aux États-Unis

Après avoir obtenu son diplôme de médecine à l'Université de Toronto, D^r Amyot s'est joint au ministère de la Santé publique du gouvernement de la Saskatchewan et a travaillé dans les régions du Nord de la province se déplaçant souvent en canot. Il a occupé plus tard les postes d'administrateur provincial adjoint, de conseiller en matière de services hospitaliers pour la province de la Colombie-Britannique ainsi que de professeur d'administration de la santé publique au Département de la santé publique et de la médecine préventive de l'Université du Minnesota. En 1946, D^r Amyot est devenu le premier sous-ministre de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de la Colombie-Britannique.

(Revue canadienne de santé publique, juin 1963)

ce programme national de santé ambitieux. Celui-ci se structure autour de trois types de programmes de subventions aux services de santé provinciaux : 625 000 \$ pour la planification provinciale d'enquêtes sur les besoins de santé existants, 13 millions de dollars par an pendant cinq ans pour la construction d'hôpitaux, et huit subventions nationales totalisant 17 millions de dollars la première année et 22 millions de dollars les années suivantes pour une durée indéterminée, subventions qui seront distribuées à chaque province selon leur nombre d'habitants. Les subventions liées à la santé privilégient la lutte contre la tuberculose, le cancer et les maladies vénériennes, la santé mentale, l'aide aux enfants

handicapés, la formation professionnelle, la santé publique en général, ainsi que la recherche en santé publique.

De nouvelles indemnités de bien-être sont créées pour soutenir les familles, les personnes âgées et les non-voyants, pour protéger les chômeurs, pour une aide financière au logement, et pour aider les fermiers et les pêcheurs. La nouvelle philosophie fédérale considère le bien-être social comme une composante essentielle et fondamentale de la santé et constitue un élément fondamental de la création du ministère fédéral de la Santé et du Bien-être. Selon M. Martin, le Canada figure parmi les pays où la perspective de la santé publique a été élargie à tout ce qui touche la vie humaine¹⁸.

M. Martin et M. Cameron décident de ne pas se laisser arrêter par les résistances provinciales et vont de l'avant avec leur projet d'assurance-maladie nationale. La Saskatchewan fait figure de pionnière en Amérique du Nord en instaurant le premier régime d'assurance-hospitalisation universel, en contrepartie de frais annuels de cinq dollars par habitant. La Colombie-Britannique, l'Alberta et Terre-Neuve (qui intègre la fédération en 1949) offriront également une assurance partielle.

Les hauts et les bas de la santé publique

L'Association canadienne de santé publique nomme son premier directeur général à temps plein, le D^r J. H. Ballie, qui entame son mandat à la fin de l'année 1945 en dirigeant plusieurs enquêtes sur la santé publique demandées par les

¹⁸ Paul Martin, « A National Health Program for Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 39 (juin 1948) : pp. 219–226



G. Brock Chisholm

Premier directeur général de l'Organisation mondiale de la santé

La citation ci-après est extraite de l'éditorial d'un journal international au moment du départ à la retraite de D^r Chisholm de l'Organisation mondiale de la santé : « Le départ à la retraite du D^r Chisholm après presque deux années au sein de la Commission intérimaire et cinq années au poste de directeur général de l'Organisation mondiale de la santé clôt un chapitre important de l'histoire de la santé publique et de la collaboration internationale. Ses relations avec les personnes s'inspiraient des compétences d'un psychiatre expérimenté; et sa vision et son courage dans la planification des programmes étaient caractéristiques d'un chef de file d'une grandeur innée et inaliénable. » D^r Chisholm a intégré le milieu de la psychiatrie après avoir passé quelques années en cabinet privé. Pendant la Deuxième Guerre mondiale, D^r Chisholm a occupé le poste de directeur de la sélection du personnel, de sous-adjutant général et plus tard de directeur général des services médicaux. Lorsqu'il est nommé sous-ministre de la Santé nationale en 1944, on raconte qu'il a fait preuve de compétences hors du commun dans le développement du Ministère après la guerre. En 1946, D^r Chisholm dirige la Commission intérimaire de l'Organisation mondiale de la santé et devient le premier directeur général de l'Organisation deux ans plus tard.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 49, 1958)

autorités de santé provinciales et en lançant un projet visant à mettre sur pied des associations de santé publique provinciales. L'ASCP effectue des enquêtes sur les pratiques en santé publique et les grilles salariales, mais la sous-évaluation du travail de santé publique, un phénomène de longue date, continue de limiter l'augmentation des salaires en dépit d'une demande accrue et de pénuries de personnel qualifié en santé publique¹⁹.

La professionnalisation de la santé publique se poursuit et elle est officiellement reconnue comme spécialité médicale par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 1947. L'obtention de ce statut de spécialité a été difficile, compte tenu de la nature publique des services de santé dans ce domaine, comparativement aux relations personnalisées propres à la pratique privée de la médecine. En outre, il est nettement plus avantageux, sur le plan financier, d'être médecin généraliste ou de poursuivre une carrière dans les nouvelles spécialités médicales en émergence que de travailler dans la santé publique²⁰.

Malgré les subventions aux fins du perfectionnement professionnel, on constate des pénuries importantes de personnel dans

- 19 « Qualifications and Salaries of Public Health Personnel », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 37 (mai 1946) : p. 209; « The Salary Survey », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 38 (janvier 1947) : pp. 58–59; « The Canadian Public Health Association, 1946–1947: Report of the Executive Director », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 38 (mai 1947) : pp. 249–252; « The Shortage of Nurses », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 38 (novembre 1947) : pp. 558–549; « Survey of Public Health Practices in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 39 (février 1948) : pp. 84–85
- 20 « Qualification Requirements and Minimum Salaries for Public Health Personnel in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 40 (avril 1949) : pp. 186–187; « The Shortage of Public Health Personnel », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 41 (janvier 1950) : pp. 44–45; « Public Health – A Specialty in Medicine », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 41 (mars 1950) : pp. 133–134



Lyle M. Creelman

Évolution des sciences infirmières et de la santé publique au Canada et dans le monde

« En quatorze années au poste d’infirmière en chef à l’Organisation mondiale de la santé, Lyle Creelman a probablement apporté beaucoup plus aux sciences infirmières dans le monde que toute autre infirmière de son époque, » cite la revue du conseil international des infirmières en 1968. Lyle Creelman est née en Nouvelle-Écosse où elle fait ses études et en 1938 elle obtient la bourse Rockefeller pour étudier à Columbia University où elle fait une maîtrise spécialisée dans l’administration des services infirmiers de santé publique. Ses travaux à l’échelle internationale commencent immédiatement après la Seconde Guerre mondiale lorsqu’elle est nommée infirmière en chef par l’Administration des Nations unies pour le secours et la reconstruction dans la zone d’occupation britannique en Allemagne. À son retour à Vancouver en 1947, elle mène une étude et une évaluation poussées des méthodes de santé publique en collaboration avec le D^r J.H. Baillie, ainsi que des recommandations qui amélioreront nettement la pratique d’infirmière. Deux ans plus tard, elle se joint à l’Organisation mondiale de la santé à titre d’infirmière-conseil en santé de la mère et de l’enfant et est nommée infirmière en chef cinq ans plus tard.

(*Revue canadienne de santé publique*, vol. 63, 1972)

la santé publique depuis la fin de la guerre, principalement dues au manque d’incitatifs financiers visant à encourager les médecins à se spécialiser dans ce domaine. Les pénuries de personnel infirmier en santé publique sont criantes et l’expansion des services de santé et la construction d’hôpitaux aux États-Unis incitent de nombreux jeunes médecins et infirmières canadiens à partir vers le sud. Le *Canadian Public Health Journal* s’enrichit d’une section Offres d’emploi afin de promouvoir les postes en santé publique, postes de plus en plus nombreux et de plus en plus difficiles à combler.

Organisation mondiale de la Santé

Malgré ses problèmes de santé publique, le Canada contribue largement à la création de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948. Le D^r Brock Chisholm, sous-ministre de la Santé et du Bien-être, joue un rôle central dans la mise sur pied de l’OMS après la guerre et on lui prête la paternité de la définition de la mission de l’organisme, qui est d’amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Le D^r Chisholm sera le premier directeur général de l’OMS, de 1948 à 1953. La déclaration de l’OMS selon laquelle la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité²¹ contribuera à définir la mission élargie de la communauté de la santé publique au Canada au cours de la décennie suivante.

21 S. W. A. Gunn, « The Canadian Contribution to the World Health Organization », *Journal de l’Association médicale canadienne*, vol. 99 (7 décembre 1968) : pp. 1080–1088

1950–1959

CHAPITRE 6

La santé publique : Une histoire canadienne

Expansion de la recherche, des services et du financement

Expansion de la recherche, des services et du financement	6.1
Services de santé aux autochtones	6.3
Crise nationale de poliomyélite	6.3
Blessures et décès évitables	6.6
Salubrité des aliments	6.7
Contamination de l'environnement	6.9
Santé publique	6.11

Dans les années 1950, il y a une importante expansion du financement des services de santé par les gouvernements fédéral et provinciaux. Les subventions pour les soins de santé versées par le gouvernement fédéral aux provinces appuient un éventail de programmes de lutte contre les maladies particulières, leurs traitements ainsi que des projets de recherche, dont la mise au point d'un vaccin contre la poliomyélite, ce qui constitue une priorité à cette époque où le pays connaît de graves épidémies de cette maladie. L'incidence de la plupart des maladies infectieuses connaît un déclin, surtout grâce aux programmes d'immunisation visant les enfants, à la commercialisation du vaccin Salk contre la poliomyélite et à l'utilisation généralisée des antibiotiques. La santé buccodentaire devient une préoccupation de santé publique, et les programmes de fluoration de l'eau prennent de l'expansion. Parallèlement, les blessures évitables chez les enfants et les maladies chroniques, comme le cancer et les maladies cardiopulmonaires, deviennent des causes importantes de mortalité chez les adultes.

Depuis 1948, des subventions de recherche du gouvernement fédéral appuient un éventail d'initiatives provinciales de santé publique, dont des initiatives touchant la tuberculose, les



Harry Knowlton Brown

Soldat et dentiste en santé publique

D^r Harry Knowlton Brown fait figure à part en qualité de fonctionnaire et de membre de la profession dentaire. Né en Nouvelle-Écosse, il a servi dans l'armée en tant que mitrailleur pendant la Première Guerre mondiale et dans le Corps dentaire pendant la Seconde Guerre mondiale où il obtient le grade de lieutenant-colonel. Il fréquente l'école d'hygiène de l'Université de Toronto après la guerre et obtient un diplôme en santé publique dentaire. Après une courte période en cabinet privé, il est nommé directeur de la santé publique dentaire au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social à Ottawa.

D^r Harry Knowlton Brown organise et dirige à Ottawa une des premières études de recherche scientifiques sur la fluoration de l'eau réalisées en Amérique du Nord.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 56, 1965)

infections transmissibles sexuellement, la lutte contre le cancer, les soins en santé mentale, le soutien aux enfants handicapés et la formation professionnelle en santé publique. Dans le cadre du Programme national d'hygiène, des subventions sont également accordées pour la réalisation d'enquêtes provinciales sur la santé et la construction d'hôpitaux. En 1953, ce programme est développé afin d'inclure l'appui aux services de santé provinciaux à la mère et à l'enfant, la réhabilitation médicale et les services de laboratoire et de radiologie. En 1957, des mesures législatives sont prises pour permettre au gouvernement fédéral de conclure une entente avec les provinces dans le but de créer un régime complet et universel couvrant les séjours de courte durée à l'hôpital et les services

diagnostiques de laboratoire et de radiologie. La Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador avaient déjà mis en œuvre leur programme de soins hospitaliers subventionnés par le gouvernement, mais, avant la fin de la décennie, toutes les provinces avaient accepté de participer au régime d'assurance national de services hospitaliers.



Peter J. Moloney

Scientifique chevronné, enseignant et responsable de la mise au point d'un vaccin

Le D^r Peter J. Moloney obtient sa maîtrise en chimie à l'Université de Toronto puis, en 1919, est embauché par la société Connaught Laboratories à titre de chimiste affecté à la recherche. En 1924, le D^r Moloney est alors chargé de préparer l'antitoxine diphtérique pour le compte de Connaught Laboratories, ce qui accélère son utilisation au Canada. Il est directeur adjoint de la société Connaught jusqu'en 1955 et participe à la mise au point des essais de réactivité de l'antitoxine diphtérique. Au cours de ses recherches sur l'antitoxine tétanique, il met au point des méthodes permettant de l'isoler, de la purifier et d'en élucider les propriétés antigéniques. Le D^r Moloney fait également partie d'une équipe de chercheurs ayant réussi à mettre au point des méthodes pour préparer la pénicilline durant la Deuxième Guerre mondiale, un défi à la fois urgent et complexe. En outre, grâce à ses travaux et à ceux de ses collègues, un antisérum puissant et polyvalent à la gangrène gazeuse est aussi mis au point à la fin de la guerre.

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

À l'automne 1950, la première enquête nationale sur la santé menée auprès de la population, l'Enquête sur la maladie au Canada, est lancée. Le Programme national d'hygiène, créé en 1948, avait entraîné une augmentation du recours aux services de santé; le gouvernement devait maintenant prévoir et évaluer de nouveaux programmes coûteux. L'Enquête sur la maladie au Canada permet de recueillir de l'information auprès des ménages pendant 12 mois. Cette enquête est conçue pour brosser le portrait général des problèmes de santé des Canadiens dans le contexte de leur environnement social, physique et économique¹. La demande croissante de services de santé dépasse la capacité des professionnels, particulièrement en ce qui a trait aux soins infirmiers.

Services de santé aux autochtones

Les programmes de santé du gouvernement fédéral destinés aux Inuits sont offerts après les services aux Premières nations du Canada. Les contacts entre les Inuits et les personnes non autochtones connaissent une hausse considérable dans les années 1950, ce qui amorce une période de changement social accéléré. Les services de santé au-delà du 60^e parallèle nord évoluent au rythme des activités militaires. Les Autochtones se déplacent près des bases militaires et des villes pour les perspectives d'emploi, et là où les services de santé sont offerts.

Le taux extrêmement élevé de mortalité infantile parmi les Premières nations et les Inuits représente une préoccupation importante

1 O. Kendall, T. Lipskie et S. MacEachern, « Canadian Health Surveys, 1950–1997 », dans *Maladies chroniques au Canada*, vol. 18 n° 2, 1997. Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/18-2/b_f.html

du Service de santé du Nord, créé en 1954 (cet organisme sera plus tard remplacé par la Direction générale des services médicaux). Des sages-femmes non autochtones sont recrutées pour travailler dans des postes de soins infirmiers. En 1950, elles jouent un rôle dans l'effort concerté pour encourager les femmes à accoucher aux postes de soins infirmiers ou dans les hôpitaux².

Crise nationale de poliomyélite

Centre de santé de Riverview, Winnipeg, Man.



Course de fauteuils roulants à Winnipeg

La menace de cette maladie invalidante atteint des proportions jusqu'alors inconnues d'est en ouest et jusque dans l'Arctique. L'ampleur et la

gravité des épidémies de poliomyélite sont accrues. Elles touchent un nombre croissant d'adultes, ce qui augmente la pression exercée sur la santé publique et les infrastructures hospitalières. Un soutien financier de la part du gouvernement s'impose pour couvrir les dépenses croissantes. Ce qui était auparavant une infection gastro-intestinale plutôt bénigne chez les jeunes enfants devient de plus en plus grave, puisque les améliorations sanitaires retardent l'exposition au virus de la poliomyélite. Les subventions accordées par le gouvernement fédéral donnent lieu à des politiques provinciales en matière de traitement de la poliomyélite et d'hospitalisation de plus en plus généreuses, à l'achat de poumons artificiels et d'autres

2 K. Plummer, « From Nursing Outposts to Contemporary Midwifery in 20th Century Canada », *Journal of Midwifery and Women's Health*, vol. 45 n° 2, mars-avril 2000, p. 172

appareils, et à l'appui aux soins de longue durée offerts aux victimes de cette maladie par l'intermédiaire de subventions pour le soin des enfants infirmes³.

L'épidémie de poliomyélite au Canada connaît son apogée en 1953. Au cours de l'été, de l'automne et des premiers mois de l'hiver, l'épidémie de poliomyélite touche l'ensemble

du pays. En tout, 900 personnes sont atteintes de la maladie, et 500 en meurent. Il s'agit de l'épidémie la plus importante depuis la pandémie de grippe de 1918. Dans les collectivités comme Winnipeg, l'incidence de la poliomyélite atteint des sommets jusqu'alors inconnus. Le nombre de jeunes adultes atteints de la forme bulbaire de la poliomyélite est alarmant, et bon nombre de chambres d'hôpital sont remplies de poumons d'acier. Les médecins et le personnel infirmier sont particulièrement vulnérables. Bon nombre de femmes donnent naissance alors qu'elles sont confinées dans un poumon d'acier. Les services de l'Aviation royale du Canada sont retenus pour livrer des poumons d'acier partout au pays, selon les besoins. Au plus fort de la crise de poliomyélite de Winnipeg, 92 cas dépendent de respirateurs en même temps. Cette situation dramatique et désespérée se reproduit, mais à une échelle restreinte, dans de nombreuses régions du Canada. Le ministre de la Santé, M. Martin, déclare l'urgence nationale.



Archives de la province du Manitoba



Joseph Donovan Ross

Ministre de la Santé de l'Alberta

Le Dr Joseph Donovan Ross est né à Waldo, Colombie-Britannique en 1911. En 1951, le Dr Ross a fondé la Fondation albertaine de lutte contre l'alcoolisme et il y a exercé les fonctions de président et président du conseil d'administration. En 1952, il est élu comme candidat du Crédit Social de l'Assemblée législative de l'Alberta et pendant 12 ans il a exercé les fonctions de ministre de la Santé. Il était responsable de l'élaboration du régime de soins médicaux de l'Alberta, qui a ouvert la voie à l'entrée de l'Alberta dans le régime national d'assurance-maladie. Il a élargi les programmes de prévention médicale et a élaboré les services de santé au travail, et a lancé des programmes de protection de l'environnement, en particulier en ce qui concerne l'industrie pétrochimique. Après avoir quitté la vie politique, le Dr Ross s'est intéressé de plus en plus à la prestation des soins de santé dans les pays moins fortunés et dirigea le Project Concern Incorporated of San Diego, qui fournit des services au Mexique, en Indonésie, à Hong Kong et ailleurs.

(*La Revue canadienne de santé publique*, vol. 66, mars/avril 1975)

En 1949, des chercheurs de Boston dirigés par le Dr John F. Enders mettent au point une technique pour multiplier le virus de la poliomyélite en éprouvette. Cette découverte, saluée par la remise d'un Prix Nobel, motive d'autres chercheurs, dont ceux des laboratoires de recherche médicale Connaught. Afin de produire un volume suffisant de virus de poliomyélite pour la mise au point d'un vaccin,

3 Christopher J. Ruddy, « Do Something! Do Anything! Poliomyelitis in Canada », (Ph.D. Thesis: Department of History, University of Toronto, 1995), pp. 209–261



Clennel E. van Rooyen

Pionnier dans la mise au point du vaccin antipoliomyélitique

Le Dr Clennel Evelyn van Rooyen est né à 1907 au Ceylan et a reçu plusieurs distinctions pour ses travaux en Égypte sur la variole, le typhus, la peste, et la poliomyélite. Ses premiers travaux sur la poliomyélite ont mené à la mise au point du vaccin antipoliomyélitique par les docteurs Sabin et Paul de l'Université Yale. Il déménage au Canada en 1956 et il est nommé professeur et chef du département de Bacteriologie, à l'École de médecine de Dalhousie, et directeur de la Division des laboratoires de santé publique, du ministère de la Santé publique. Il a été un chef de file dans la lutte contre poliomyélite au Canada et il mena les premiers essais du vaccin antipoliomyélitique de Sabin dans la région de Yarmouth en Nouvelle-Écosse. Il a mis sur pied le premier laboratoire virologique de la région de l'Atlantique et a été responsable de plusieurs améliorations de l'utilisation des antibiotiques modernes dans la région.

(La Revue canadienne de santé publique, vol. 67, mai/juin 1976)

Le Dr Arthur E. Franklin essaie une base faite de nutriments synthétiques connue sous le nom de milieu 199, base non allergène du vaccin, et, grâce à cette avancée, le Dr Jonas Salk de l'Université de Pittsburgh se dit sûr qu'un vaccin inactivé contre la poliomyélite peut suffisamment stimuler le système immunitaire pour prévenir la maladie chez les humains. En 1952, les résidents d'un établissement pour enfants handicapés près de Pittsburgh sont les premiers à recevoir le

vaccin de Salk, produit à l'aide du milieu 199 de Connaught⁴.

En 1954, un essai sur le terrain s'ensuit aux États-Unis, ce qui ne s'était jamais vu auparavant. Cet essai prévoit un système élaboré permettant de suivre près de 1 800 000 enfants. La participation du gouvernement canadien à l'essai est limitée; elle survient lorsqu'une quantité excédentaire de vaccins offerte par les États-Unis est utilisée au Manitoba (sauf à Winnipeg), en Alberta et à Halifax. La portion américaine de cet essai sur le terrain révèle que l'efficacité du vaccin de Salk est de l'ordre de 60 à 90 % pour ce qui est de protéger les enfants contre la forme paralysante de la maladie, selon le type de virus de la poliomyélite. En 1955, le vaccin est homologué, et six producteurs de vaccins américains se hâtent de fournir leur produit. Contrairement à la méthodologie employée dans le cadre des essais sur le terrain, le gouvernement américain ne teste pas chacun des lots du nouveau vaccin produit. Par la suite, 79 enfants américains contractent la poliomyélite en raison de l'inactivation



La Marche des dix sous de l'Ontario

CANADA'S POLIO PROGRAM	
Program started	April 15, 1955
Series used	Salk vaccine
Administered by	Federal, local governments
Children treated	700,000 first inoculation 290,000 second inoculation
Paralysis among those treated	none
Cost to Government per child	\$1.50 for three shots
GOAL	To inoculate 2 million children by March 31, 1956

US News and World Review
3 juin 1955

4 D. Duncan, A. E. Franklin, W. Wood et A.J. Rhodes, « Cultivation of Poliomyelitis in Tissue Culture: V, Observations on Virus Propagation in Certain Animal Tissues with a Synthetic Nutrient Medium », *Canadian Journal of Medical Science*, vol. 31 (février 1953) : pp. 75–83; J. E. Salk, « Studies in Human Subjects on Active Immunization Against Poliomyelitis: I, A Preliminary Report of Experiments in Progress », *Journal of the American Medical Association*, vol. 151 (28 mars 1953) : pp. 1081–1098



Christian Smith

*Journaliste et réformateur
social en Saskatchewan*

Christian Smith est né à Amsterdam et immigré au Canada en 1910. En 1922, il s'associe le personnel du journal Saskatoon Daily Star pour y travailler pendant 21 ans. En 1944, il accepte le poste de directeur de l'Éducation à la santé au ministère de la Santé publique. Alors qu'il est encore au journal, M. Smith écrit une série d'articles sur la tuberculose, la santé mentale, et le trafic des stupéfiants. Au cours des premières années de la Seconde Guerre mondiale, il lance le premier programme d'éducation de son genre au Canada sur la maladie vénérienne. Il a alloué beaucoup de son temps à la Société John Howard et en 1946, M. Smith devient le secrétaire de la Commission royale, nommée par la Saskatchewan pour enquêter le processus correctionnel. En 1952, il met sur pied le premier programme complet de prévention des accidents réalisé par un organisme public Canada.

(La Revue canadienne de santé publique, vol. 57, juin 1966)

incomplète du virus dans certains lots. Le Canada réussit à fabriquer et à distribuer librement un vaccin anti-poliomyélite sûr, et le directeur des laboratoires de recherche médicale Connaught, le D^r Robert D. Defries, se voit décerner le prix le plus prestigieux de l'association de santé publique des États-Unis lors de sa retraite en 1955. Ce prix récompense ses longues années de service et de leadership personnel pendant la mise au point et le lancement du vaccin de Salk contre la poliomyélite⁵.

5 « Administration of Poliomyelitis Vaccine (Salk) », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 46 (mai 1955) : pp. 212–214

L'immunisation au moyen du vaccin de Salk assène un coup décisif à la poliomyélite paralytique. L'incidence nationale demeure faible tout au long de 1956 et de 1957, mais une vague inattendue d'éclotions et d'épidémies de la maladie frappe plusieurs provinces de 1958 à 1960, ce qui donne lieu à des campagnes d'immunisation plus dynamiques partout au pays, particulièrement chez les adultes. En revanche, la poliomyélite persiste, surtout parmi les groupes qui ne se sont pas prévalus rapidement du vaccin de Salk. Un effort de recherche intensif est déployé en 1959 pour la prestation d'un vaccin contre la poliomyélite oral contenant des souches atténuées du virus mises au point par le D^r Albert Sabin.

Blessures et décès évitables

En 1950, la proportion de blessures et de décès évitables survenus à domicile et causés par des chutes, des coupures, des percages et des empoisonnements chez les enfants est à la hausse. La prévention exige des efforts de coopération de la part des administrateurs, du personnel infirmier en santé publique, des médecins, des hygiénistes et des éducateurs en matière de santé ainsi qu'une démarche visant les risques personnels et environnementaux⁶. En plus des efforts de recherche et de diffusion d'information, un réseau de centres antipoisons est mis sur pied partout au Canada grâce aux efforts des sous-ministres provinciaux de la santé. En 1958, 13 centres antipoisons offrent des services dans des hôpitaux. Ces centres offrent

6 Edward J. Brower, « Fatal Accidents in the Home », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 49 (juin 1958) : pp. 225–229; Antoine B. Valois, « Integration of Home Safety in a Public Health Program », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 50 (novembre 1959) : pp. 474–477

des traitements d'urgence et de l'information sur la nature des substances à l'origine des empoisonnements, leurs antidotes, les options thérapeutiques et des conseils généraux au téléphone⁷.

Salubrité des aliments

À l'époque, le botulisme, causé par la stérilisation inadéquate des aliments en conserve, est couramment associé aux conserves faites à la maison. Les maladies d'origine alimentaire appellent une intervention rapide de la santé publique locale pour déterminer et isoler la source de l'infection. Or, les efforts de sensibilisation à ce problème sont de plus en plus dirigés vers les manipulateurs d'aliments et les propriétaires de restaurants dans les années 1950. Par conséquent, les notions de salubrité des aliments sont mieux intégrées en restauration qu'à la maison. La diffusion d'information auprès des manipulateurs d'aliments ainsi que l'inspection sanitaire régulière et la prise de mesures correctrices demeurent un défi pour les services de santé publique locaux tout au long de la décennie⁸.

La production industrielle, le traitement et la distribution des produits alimentaires attirent davantage l'attention du gouvernement fédéral vers la fin des années 1950, surtout en ce qui concerne les viandes emballées et prêtes à servir. En 1954, une version consolidée et plus

7 C. Collins-Williams, « Poison Control Centres », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 49 (mars 1948) : pp. 91–94

8 C. E. Hornady, « The Education of Food Handlers », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 47 (juillet 1956) : pp. 288–292; C. F. Barrigan, « Restaurant Design », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 47 (octobre 1956) : pp. 438–441; C. G. More, « Securing Correction of Defects in Restaurant Sanitation », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 47 (novembre 1956) : pp. 485–488



Alex Cross

Exercice professionnel de qualité élevée en hygiène de l'environnement au Canada

En 1923, Alex Cross entame une formation d'apprenti de cinq ans comme étant tuyauteur aux Chemins de fer nationaux du Canada et devient, grâce à sa formation et à son expérience, inspecteur principal de la Division d'hygiène de Winnipeg en 1931. Au cours de la guerre, on l'envoie au 11^e poste canadien d'hygiène de campagne de la 5^e Division canadienne blindée. Après sa libération, il retourne à la Division d'hygiène de Winnipeg où il occupe finalement un poste de chef adjoint du service de la Santé. M. Cross est membre fondateur de l'Institut canadien des inspecteurs de la santé publique et en honneur à la contribution de toute une vie à la santé publique, l'Institut crée le prix Alex Cross en 1984 qui doit récompenser tous les ans un membre qui a fait preuve d'un « exercice professionnel de qualité élevée dans le domaine de l'hygiène de l'environnement au Canada ».

(Tim Roak, historien, inspiré d'une biographie d'Alex Cross en 1970)

proactive de la *Loi sur les aliments et drogues* entre en vigueur. Cette loi interdit la préparation et la vente d'aliments, de médicaments ou de cosmétiques dans des conditions non sanitaires sous peine de sanctions. L'amendement de la *Loi* suppose l'augmentation de l'effectif des inspecteurs fédéraux de la Direction des aliments et des drogues, qui devront travailler en étroite collaboration avec les ministères de la Santé provinciaux et les services de santé locaux pour veiller systématiquement à ce que les conditions soient salubres, surtout dans le secteur de la

production des aliments. Cette équipe commence son travail dans les usines de fabrication de fromage, puis elle passe aux abattoirs, aux minoteries et aux usines de traitement de la volaille. Même si la portée du mandat des inspecteurs fédéraux est nationale, le rôle législatif qu'ils jouent en matière d'hygiène de l'environnement demeure limité. En fait, selon O. B. Petursson de la Direction des aliments et des drogues, les inspecteurs ne considèrent comme insatisfaisantes que les conditions susceptibles d'avoir des conséquences sur le produit. En plus de s'assurer que les conditions de production ne représentent pas un risque pour la santé, la Direction des aliments & des drogues détermine si le produit contient des saletés ou des substances étrangères qui ne devraient pas s'y trouver⁹. La *Loi sur les aliments et drogues* insufflé de la vigueur aux mesures législatives, mais l'équipe des inspecteurs fédéraux travaillant à la réglementation du secteur croissant de l'alimentation est limitée, et les opinions tendent à être dominées et forgées par les économies



Des inspecteurs de viandes qui inspectent le bœuf de la Jenkins Groceteria, Calgary

de production et la préservation et l'évolution du niveau de vie.

L'évaluation de la salubrité des aliments devient de plus en plus complexe à cette



Douglas A. Strong

Inspecteur en chef de l'hygiène publique de Terre-Neuve

On dit de Douglas Anderson Strong qu'il était un fonctionnaire et un dirigeant communautaire exceptionnel tout au long des 27 ans de son mandat d'inspecteur en chef de l'hygiène publique de Terre-Neuve. Il a été le premier Terre-Neuvien à recevoir un certificat d'inspection de l'hygiène publique en 1949. Lorsque M. Strong prit sa retraite du gouvernement en 1981, il exerçait les fonctions de directeur des Services d'urgences de santé. En 1967, il présida le comité directeur menant à la formation de la division de Terre-Neuve-et-Labrador de l'ACSP et il en devint son premier président. Il a été le membre fondateur de l'Institut canadien des inspecteurs en hygiène publique, division de l'Atlantique.

(Sélection santé de l'ACSP, 1993)

époque où de nouveaux outils chimiques, biologiques et technologiques sont utilisés pour préserver la qualité et prolonger la durée de vie des produits alimentaires. Les conséquences possibles sur la santé des résidus de pesticides sur les fruits et les légumes, l'ajout de produits chimiques pendant la production des aliments et le recours aux antibiotiques à titre d'agents de conservation deviennent des problèmes de santé publique de plus en plus importants à la fin des années 1950¹⁰. Le Conseil fédéral d'hygiène aborde la question du grand nombre de nouveaux pesticides utilisés sans qu'une

9 O. B. Petursson, « The Role of the Food and Drug Inspector in Sanitation », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 48 (décembre 1957) : pp. 522–523; « The Food and Drugs Act and Food Sanitation », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 47 (août 1956) : pp. 352–353; Randolph M. Frisen, « Problems of Packaged, Ready-to-Eat Meat Products », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 48 (juillet 1957) : pp. 295–299; Andrew Hollett, « Food Plant Inspection », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 49 (août 1958) : pp. 351–353

10 L. L. Pugsley, « Food Additives », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 50 (octobre 1959) : pp. 403–410; R. C. B. Graham et M. G. Allmark, « Residue Tolerances for Pesticides in Foods », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 49 (octobre 1958) : pp. 430–434; F. S. Thatcher, « Antibiotics in Foods: A Review of Some Public Health Aspects », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 49 (février 1958) : pp. 58–72

évaluation adéquate des facteurs toxicologiques ait été effectuée et ajoute qu'une fois qu'un produit est homologué, aucune mesure ne peut être prise pour empêcher son emploi¹¹.

Contamination de l'environnement

Fonds 200, série 372, sous-série 72, article 2036, la ville de Toronto détiend les droits d'auteur pour ces dossiers



Usine de purification R.C. Harris, vue du puits du tunnel, 2 septembre 1953

L'utilisation de plus en plus courante de nouveaux produits chimiques industriels et dans l'agriculture cause l'apparition de toxines dans l'atmosphère et dans le sol,

mais la préoccupation principale en matière d'environnement est la pollution de l'eau. La Commission mixte internationale sur les eaux limitrophes est réinstaurée après la guerre. Elle effectue des enquêtes sur la pollution des Grands Lacs et d'autres eaux frontalières. Selon un rapport produit en 1951, la pollution de l'eau, particulièrement celle qui est due au volume croissant de déchets industriels non traités et partiellement traités, représente un risque pour la santé en plus d'avoir des conséquences sur l'économie.

La faune aquatique et terrestre est menacée, et la Commission ordonne que tous les déchets jetés dans l'eau soient traités, conformément aux mesures de contrôle de la qualité des eaux frontalières. Contrairement aux États-Unis, où les gouvernements des États et les administrations locales reçoivent des subventions

11 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 16–18 mars 1953



Margaret Isobel Whelan

Première inspectrice-hygiéniste en Ontario

Margaret Isobel Whelan est née en 1919 à Buffalo, New York et a été la première inspectrice-hygiéniste (IH) en Ontario. Elle commence sa carrière au département de Bactériologie de Connaught Medical Research Laboratories et effectue du travail technique sur les antibiotiques et une recherche d'immunisation. Elle y côtoie plusieurs professionnels de l'Association canadienne de santé publique à Connaught, ce qui l'incite à poursuivre une carrière en tant qu'IH. M^{me} Whelan débute par l'inspection des magasins d'alimentation, des salons de coiffure et des restaurants, travaillant au service de santé du canton d'Etobicoke. M^{me} Whelan sera ensuite transférée au service de santé de Peel, à Brampton, en Ontario à titre d'inspectrice de la santé publique (ISP) jusqu'à sa retraite au milieu des années 80.

(Dennis Persaud, Inspecteur de santé publique, santé publique de Peel)

du gouvernement fédéral pour la construction de nouvelles installations d'assainissement, le Canada attribue la responsabilité entière des réseaux d'aqueducs et de l'élimination des déchets aux municipalités locales. Depuis le début des années 1930, il y a peu d'amélioration, d'expansion ou de nouvelles constructions de réseaux d'aqueducs au Canada. Les municipalités optent pour les méthodes les moins coûteuses et les plus simples d'évacuation des eaux usées.

Des travaux sont effectués sur les installations d'assainissement et les réseaux d'aqueducs dans les provinces de l'Ouest avec l'aide des subventions de santé nationales et en Ontario grâce aux subventions versées par le bureau de

contrôle de la pollution, organisme nouvellement établi. En 1953, le Conseil fédéral d'hygiène remarque que les organismes de réglementation en santé ont peut-être oublié les questions environnementales au fur et à mesure qu'ils se sont intéressés à d'autres domaines. La création d'installations nécessaires n'évolue pas au même rythme que les industries et la construction de maisons, et les problèmes de santé liés à l'environnement prennent une proportion qui dépasse le spectre d'intervention des organismes de réglementation en santé. En 1956, l'Ontario crée la Commission des ressources en eau, ce qui permet de fournir de l'eau à trois millions de personnes et de construire des installations d'assainissement permettant de desservir cette population¹².

Le Conseil fédéral d'hygiène forme deux groupes d'experts : un sur la pollution de l'eau et un sur la pollution de l'air. Les deux comprennent des représentants des industries. Les défis liés à la pollution de l'eau comprennent la disparition progressive de l'eau subsuperficielle et la décrue de la nappe phréatique en raison de la demande accrue en région urbaine. Ce recul est également attribuable à l'expansion industrielle rapide et à la hausse continue du niveau de vie et des normes de confort. Comme le note le Conseil, aussi répugnant que ça puisse paraître, l'essentiel de l'eau potable dans les régions peuplées n'est que de l'eau d'égout diluée. Polluée ou non, cette eau est traitée de façon naturelle ou artificielle. Nombreuses sont les municipalités qui n'ont d'autre choix que de s'approvisionner à même les eaux usées d'une ou de plusieurs municipalités en amont ou sur le même bassin versant; elles ne tirent donc pas profit de la dilution naturelle.

12 « The Control of Water Pollution », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 47 (décembre 1956) : p. 529



E.A. Electa MacLennan

*Infirmière et enseignante
chevronnée au service de la
santé publique en Nouvelle-Écosse*

Electa MacLennan est née à Brookfield, en Nouvelle-Écosse, et étudie à l'Université Dalhousie, à la Royal Victoria Hospital School of Nursing à Montréal, à la School for Graduate Nurses à l'Université de McGill et obtient sa maîtrise d'administration en santé publique à l'Université de Columbia. La satisfaction que lui procurait son travail en soins communautaires lui fait revenir au service d'Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, tout d'abord à Montréal à titre de directrice des soins infirmiers, puis à titre de directrice générale du bureau national pour les Maritimes. En 1949, elle devient la première directrice générale de l'école de soins infirmiers de l'Université de Dalhousie qui a été fondée la même année. Parmi ses réalisations les plus innovantes était l'organisation de sessions annuelles de formation en soins infirmiers pour l'ensemble des provinces de l'Atlantique. M^{me} MacLennan a fait beaucoup pour l'avancement de l'enseignement des soins infirmiers à tous les paliers, tant provincial, national qu'international.

*(Revue canadienne de santé publique, vol. 67,
mai/juin 1976)*

Les représentants des industries militent contre l'adoption d'une norme provinciale imposée par une loi. Selon eux, les cours d'eau doivent servir à l'élimination des déchets domestiques et industriels dans la mesure de la capacité d'assimilation déterminée dans le cadre du programme de protection de ce cours d'eau¹³.

13 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 5-7 octobre 1953; « Canada's Problem of Water Pollution », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 46 (août 1955) : pp. 339-341



J. Arthur Melanson

États de service distingués militaires et en santé publique au Nouveau-Brunswick

Le Dr J. Arthur Melanson est né à Shediac, au Nouveau-Brunswick. Il fait ses études médicales en Écosse, à l'Université d'Édimbourg, puis à l'Université de Toronto. Durant la Deuxième Guerre mondiale, il est promu au rang de lieutenant-colonel à titre de directeur adjoint du service d'hygiène au quartier général du 2^e Corps de combat canadien. Il a également été sous-ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick. Il est médecin hygiéniste en chef de la province de 1945 à 1965, en plus d'y occuper les fonctions de registraire général de l'état civil du Nouveau-Brunswick. Le Dr Melanson commence à exercer en santé publique au Nouveau-Brunswick en établissant les diagnostics de tuberculose et à titre de médecin hygiéniste de district. Le Dr Melanson participe activement à la constitution de la section Nouveau-Brunswick/Île-du-Prince-Édouard de l'ACSP, y siégeant à titre de premier président.

(La Revue canadienne de santé publique, vol. 57, juin 1966)

Les représentants des industries qui font partie du comité d'experts sur la pollution de l'eau perçoivent également l'atmosphère comme un milieu adéquat pour l'élimination des résidus inutiles. Comme pour l'eau, ils adhèrent au principe suivant : utiliser sans abuser. Selon eux, l'atmosphère doit être utilisée autant que possible, sans nuire à la sécurité, au bien-être et au confort de la population, et ce, chaque fois qu'il s'agit de la méthode d'élimination la plus économique. Les représentants des industries adhèrent à ce principe parce que, par définition, les autres méthodes seraient plus coûteuses et

que les frais additionnels seraient ultimement assumés par la population sous forme d'une baisse du niveau de vie. La construction de cheminées plus hautes permettant de disperser les polluants atmosphériques est adoptée au détriment des nombreuses techniques d'ingénierie visant à prévenir le rejet de la fumée, des vapeurs et autres déchets gazeux dans l'atmosphère¹⁴. Ces points de vue représentent l'attitude dominante des économistes, des politiciens et même de la population dans les années 1950 en ce qui concerne l'hygiène de l'environnement. Par ailleurs, la banlieusardisation crée une distance physique entre la population et les services de santé et les hôpitaux, sans compter une dépendance à l'automobile. Conformément au discours de cette époque caractérisée par l'absence du transport en commun, les femmes au foyer de la banlieue ne pouvaient pas sortir de chez elles si chaque famille n'avait pas deux voitures¹⁵.

Santé publique

Les pénuries de personnel persistantes dans le contexte de la demande accrue de services de santé de la part de la population et du gouvernement incitent l'Association canadienne de santé publique à réfléchir à des solutions. Lors de la première réunion annuelle de l'Association pour la santé publique de l'Ontario, tenue en même temps que celle de l'Association canadienne de santé publique en juin 1950, les participants remarquent

14 Procès-verbal du Conseil fédéral d'hygiène, 5-7 octobre 1953; Gordon H. Josie, « Public Health Statistics in Air Pollution Studies », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 45 (février 1954) : pp. 64-69

15 Anthony Adamson, « Suburbanization », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 46 (août 1955) : pp. 324-327

qu'un des problèmes liés au fonctionnement de l'Association canadienne de santé publique relève de la géographie. Les réunions annuelles de l'Association canadienne de santé publique avaient alors lieu dans les régions de l'Est, du centre et de l'Ouest du pays. Par conséquent, l'intervalle pouvait être long entre deux réunions dans une province donnée.

L'Association canadienne de santé publique et le *Canadian Journal of Public Health* se préparent à célébrer leur 50^e anniversaire. Ces deux organismes triment dur depuis la fin de la guerre. Le poste de directeur général est aboli trois ans après sa création en 1945. L'Association ne peut donc compter que sur un leadership volontaire, un personnel de base et un espace de travail offert gratuitement par l'École d'hygiène. Un comité spécial est formé en 1957 pour découvrir des façons d'améliorer l'organisation et les finances de l'Association canadienne de santé publique. Parmi les recommandations formulées un an plus tard se trouvent un plan visant à augmenter le nombre de

membres et les frais d'adhésion en ajoutant une nouvelle catégorie de membre-donateur pour les entreprises et les établissements, et la prise d'une plus grande responsabilité par les associations provinciales relativement à l'élaboration des politiques de l'organisme national. Conformément à cette recommandation, l'organisme national offrirait des services aux provinces, et un directeur général exerçant ces fonctions à temps plein serait embauché. Du personnel à temps plein et à temps

partiel offrirait le leadership professionnel et effectuerait la coordination de l'éventail croissant d'activités de l'Association¹⁶.

Dans un article publié dans le *Canadian Journal of Public Health*, E. G. McGavran, doyen de la l'école de santé publique de l'Université de Caroline du Nord, décrit les changements qui entraînent une restructuration de la profession à la fin des années 1950. L'auteur affirme que la santé publique semble perdre pied et tomber en discrédit, alors que d'autres instances du gouvernement s'approprient certains postes liés à la santé publique. De nouveaux organismes et de nouvelles commissions du gouvernement sont créés pour traiter de questions comme la pollution des cours d'eau, la pollution atmosphérique, la construction d'hôpitaux, l'administration des soins médicaux et la lutte contre les maladies chroniques, et ce, sans que des représentants de la santé publique soient inclus. McGavran suggère l'adoption d'un nouveau concept de santé publique fondé sur une notion maintenant acceptée par la

population : la santé publique est le diagnostic scientifique et le traitement des collectivités. Selon lui, les traitements reposent trop sur l'administration de nouveaux médicaments magiques et l'utilisation d'outils diagnostiques raffinés, ce qui a pour effet d'empêcher les professionnels de la santé publique de percevoir



Domage que nous ne puissions pas avoir d'images pour ça non plus

16 K. C. Charron, « The Association: Today and Tomorrow », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 50 (septembre 1959) : pp. 378–384; « The Canadian Public Health Association, Annual Report, 1958–1959 », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 50 (juin 1959) : pp. 256–260



Adelard Groulx

*Médecin-hygiéniste en chef à
Montréal pendant près de 30 ans*

Le D^r Adelard Groulx prend sa retraite en 1965, après avoir agi à titre de médecin-hygiéniste en chef de Montréal depuis 1937. Né à Sainte-Scholastique, il obtient son diplôme en médecine à l'Université de Montréal et joint le Service de la santé de la ville de Montréal à titre de directeur de la division de la santé des enfants du ministère de la Santé. Il occupe diverses charges de cours à l'École d'Hygiène de l'Université de Montréal. Il enseigne aussi à l'École des infirmiers et infirmières en santé publique, à la faculté de Dentisterie, à la faculté de Pharmacie, et à l'Institut supérieur d'administration hospitalière. Il est également administrateur de l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal. D^r Groulx est président de l'ACSP en 1943 et contribue énormément à l'Association en siégeant sur divers comités. D^r Adelard Groulx est nommé médecin-hygiéniste en chef d'Expo '67.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 57, juin 1966)

les réels enjeux et l'importance de leur travail qui a toujours été axé sur la collectivité¹⁷.

Parce que les Canadiens vivent de plus en plus vieux, de nouveaux défis en matière de santé publique continuent d'émerger. Les maladies chroniques et les blessures ainsi que les risques liés au style de vie, comme le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues, et la réapparition d'infections transmissibles sexuellement, deviennent les prochains sujets de l'heure en matière de prévention. L'utilisation accrue de l'automobile augmente le nombre de décès et de blessures attribuables aux accidents

17 Edward G. McGavran, « The Promise of Public Health », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 50 (mai 1959) : pp. 197-20

de la route, mais, au cours de la décennie suivante, ce sont les questions environnementales qui sont placées au premier rang. Pendant ce temps, le domaine de la santé publique prend les mesures nécessaires pour se redéfinir.



Eleanore Louise Miner

*Participante active dans la
promotion des soins infirmiers
et de la prévention en première
ligne en santé publique*

M^{me} Eleanore Louise Miner, de Regina, Saskatchewan, est une chef de file en santé publique tout le long de sa brillante carrière de 35 ans dans ce domaine. M^{me} Miner n'a jamais perdu une occasion pour promouvoir la prévention en première ligne et soutenir l'élargissement des équipes de santé communautaire afin d'y intégrer des hygiénistes dentaires, des nutritionnistes, des orthophonistes, des psychologues et physiothérapeutes. Elle s'est évertuée à mettre en place des programmes de santé publique pour les personnes défavorisées, les travailleurs exposés à des risques de maladies professionnelles, les mères et leurs nouveau-nés. Elle a été présidente de l'association professionnelle des infirmières provinciale et nationale, et de 1959 à 1961 elle préside la Saskatchewan Public Health Association. M^{me} Miner a rédigé une série d'articles portant sur la situation du financement public des soins infirmiers en santé publique, publiés dans *La revue canadienne de santé publique*, faisant notamment état de l'importante contribution des infirmiers et infirmières en santé publique au sein de leur communauté respective

(Sélection santé de l'ACSP, vol. 5, n° 2, avril 1981)

1960-1969

CHAPITRE 7

La santé publique : Une histoire canadienne

Changement social et services de santé

Changement social et services de santé	7.1
Les 50 ans de l'Association canadienne de santé publique	7.2
Hôpitaux et avenir de la santé publique	7.2
Inquiétudes négligées en matière de santé publique	7.4
Mise au point d'outils de santé publique	7.4
Défis tenaces : polio, tuberculose et maladies vénériennes	7.6
Environnement et DDT	7.8
Thalidomide et innocuité des médicaments	7.9
Fluorure	7.11
Tabac	7.11
Contraception et rôle de l'État	7.14
Rapport final sur les services de santé	7.15
Défis de santé publique	7.16

Prospectus sur la santé publique distribué dans les ménages, 1961, vol. 47, n° 1, p. 16

Les années 1960 sont une période de changement social rapide au Canada, et en particulier au Québec, alors que le règne des conservateurs, qui a duré 16 ans, prend fin et que la province amorce sa « Révolution tranquille » avec des réformes économiques et sociales ambitieuses ayant des répercussions à tous les niveaux de la société. Les fonctions gouvernementales traditionnelles changent alors radicalement, et les Canadiens voient leur accès aux soins médicaux s'améliorer grâce au régime d'assurance-maladie public. L'espérance de vie s'allonge, ce qui contribue à accroître l'intérêt envers les défis associés aux maladies chroniques. L'usage du tabac, de l'alcool et des drogues devient un problème plus important, et l'incidence des infections transmissibles sexuellement augmente. Le public devient plus conscient des retombées négatives potentielles des produits chimiques synthétiques, des médicaments sous ordonnance

et des avancées technologiques, alors que des inquiétudes quant aux retombées de la transformation des aliments sur la nutrition incitent à la mise en œuvre d'études de recherche et à l'élaboration de meilleures stratégies en matière



Santofi Pasteur Limitée, campus Comaught, archives

d'éducation. Dans l'ensemble, cependant, la question de la santé publique semble être prise à la légère, et il existe une certaine résistance à l'égard des messages officiels concernant la vaccination, le tabac, la fluoruration de l'eau et les mesures de sécurité liées à l'automobile.

Les 50 ans de l'Association canadienne de santé publique

Dans le but de renouveler la charte fédérale de l'Association canadienne de santé publique de 1912, un projet de loi d'initiative parlementaire, qui vise à actualiser la législation concernant l'Association canadienne de santé publique, est présenté en février 1960; il reçoit le soutien unanime du Sénat et de la Chambre des communes et obtient la sanction royale le 31 mars. Après avoir passé près d'une décennie sans chef, l'Association désigne le Dr Edward J. Young à titre de chef de la direction à temps plein. Un conseil consultatif est également nommé pour la *Revue canadienne d'hygiène publique* (*Canadian Public Health Journal*). Ce conseil est composé de représentants de chaque association provinciale de même que d'un rédacteur adjoint du Québec, afin de promouvoir la soumission d'un plus grand nombre d'articles en provenance de cette province.

Le secteur de la santé publique lutte pour se redéfinir alors que la majeure partie des dépenses gouvernementales en matière de santé est consacrée à un système de soins de santé en hôpital. Dans l'édition de mars 1960 de la *Revue canadienne d'hygiène publique*, le Dr Jules Gilbert, alors président de l'Association canadienne de

santé publique, souligne l'importance de consacrer davantage d'énergie à l'éducation en matière de santé publique, à la formation professionnelle, à la recherche ainsi qu'à la prestation de services préventifs. Dans cette même édition de la *Revue*, le Dr K.C. Charron, directeur des services de santé au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, a fait état des cinq principales priorités suivantes pour la santé publique : l'administration

et l'organisation; la santé mentale; la réadaptation médicale et la lutte contre les maladies chroniques; la radioprotection et les services d'urgences de santé¹.

Hôpitaux et avenir de la santé publique

Un éditorial de mars 1960 de la *Revue canadienne d'hygiène publique* souligne le besoin « quasi accablant » de lits d'hôpitaux et de personnel infirmier supplémentaires.

Les gouvernements fédéral et provinciaux continuent d'augmenter les infrastructures hospitalières alors que les régimes publics d'assurance médicale sont mis au point. La création du système canadien d'assurance médicale a commencé en 1960, en Saskatchewan, au moment de la réélection de Tommy Douglas, Fédération du Commonwealth coopératif. La crainte de l'ingérence du gouvernement en ce qui concerne les libertés professionnelles et les objections soulevées quant à la nature obligatoire



1 « The Association's Future: Its Importance Place in Canada », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 51 (mars 1960) : p. 113; K. C. Charron, « Present Challenges in Public Health », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 51 (mars 1960) : pp. 85-93



Thomas Clement Douglas

Père du régime d'assurance-maladie canadien

Au cours d'études supérieures en sociologie à l'Université de Chicago pendant la Crise de 1929 et voyant la souffrance de ceux qui avaient perdu leur emploi, M. Tommy Douglas devient déterminé à faire ce qu'il peut pour aider « les pauvres, les faibles et les démunis ». Né en Écosse en 1904 et élevé à Winnipeg, M. Douglas deviendra le chef de la Fédération du Commonwealth coopératif (FCC) de la Saskatchewan en 1942 et sous sa direction, la Saskatchewan deviendra plus tard le chef de la Fédération du Commonwealth coopératif (FCC). Parmi ses premières réalisations figurent le traitement gratuit du cancer, l'hospitalisation gratuite pour les personnes atteintes de maladies mentales, un régime d'assurance-hospitalisation public et universel et la Saskatchewan Bill of Rights. Sous sa houlette, le FCC de la Saskatchewan jette les bases du premier régime d'assurance-maladie public et universel de l'Amérique du Nord adopté en 1962.

(Sélection santé de l'ACSP, vol. 8, n° 3, juin 1984)

du plan sont à l'origine d'une grève provinciale des médecins à l'été de 1962. Cependant, quand la province accepte de retirer ou de modifier toute section de la loi que le collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan juge « dangereuse pour les libertés professionnelles », la grève des médecins prend fin².

2 R. W. Sutherland, « Saskatchewan Medical Care Insurance Progress Report », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 56 (février 1965) : p. 77

Des régimes volontaires d'assurance médicale sont introduits en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario et, en 1961, le gouvernement fédéral met sur pied une commission royale présidée par Emmett Hall, juge en chef de la Saskatchewan, dans le

but d'enquêter et de produire un rapport sur les installations existantes et les besoins futurs en matière de services de santé pour la population canadienne ainsi que sur les ressources nécessaires pour fournir de tels services et, enfin, de recommander les mesures qui s'imposent, conformément à la répartition constitutionnelle des pouvoirs législatifs au Canada³.

L'Association canadienne de santé publique incite la commission à se concentrer sur les problèmes liés à la qualité et à l'accessibilité ainsi qu'à l'usage et à la coordination des services de santé. Dans un mémoire datant de 1962, l'Association canadienne de santé publique déclare que le Canada doit adopter une philosophie plus positive à l'égard de la santé et fait remarquer que les services de prévention et de santé publique ont besoin d'un soutien beaucoup plus important. Parmi les recommandations émises par l'Association, on trouve la planification à long terme et l'évaluation, la lutte contre les maladies

3 « The Royal Commission on Health Services Commences its Work », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 52 (novembre 1961) : pp. 486-487; « News Notes: National », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 52 (juillet 1961) : p. 136



Archives de l'université de la Saskatchewan, V.E.A. Tolleson Papers MG2651. H. Personal

chroniques, les installations polyvalentes de réadaptation, une approche plus progressiste et mieux intégrée par rapport aux soins de santé mentale et un soutien plus important à la recherche et à la formation en santé publique⁴.

Inquiétudes négligées en matière de santé publique

Lorsque le rapport préliminaire de la commission est publié en 1964, l'importance accordée à une approche planifiée et coordonnée quant à la mise sur pied et au maintien des services de santé à l'échelle nationale est bien accueillie, mais les représentants du secteur sont déçus du manque d'attention accordée aux problèmes de santé publique. La suggestion d'apporter des changements radicaux au programme national de subventions en santé est également consternante, et la commission n'apprécie apparemment pas l'importance historique des subventions pour aider, établir et diversifier les services publics de santé. L'Association canadienne de santé publique est d'avis qu'il serait malheureux de conclure, d'après les recommandations de la commission royale, que ces besoins ont, en grande partie, été comblés⁵.

Parmi les besoins importants non encore satisfaits figure la prévention des blessures. Les infirmières et les inspecteurs-hygiénistes sont encouragés à faire appel à leur enthousiasme, à leur ingéniosité et à leur patience au cours

de leurs visites à domicile pour mettre en lumière les dangers particuliers liés à des blessures évitables, soumettant ces dangers à l'attention des propriétaires et surveillant leur correction. En Colombie-Britannique, au sein des collectivités de Premières nations, les décès signalés causés par la noyade, les accidents de véhicules motorisés et les incendies sont cinq fois plus nombreux que dans la population non autochtone. En 1964, plus de 4 600 Canadiens sont morts des suites d'accidents d'automobile; l'attention et l'intérêt du public quant à la sécurité liée à l'automobile augmentent lorsque Ralph Nader, protecteur du consommateur américain, publie, en 1965, un ouvrage intitulé *Unsafe at Any Speed* qui décrivait la résistance des fabricants d'automobiles à traiter des problèmes liés à la sécurité des occupants⁶.

Mise au point d'outils de santé publique

Des méthodes et des outils de recherche améliorés figurent également parmi les besoins en matière de santé publique auxquels on tente de répondre encore dans les années 1960. En 1962, l'Association canadienne de santé publique met sur pied un comité de recherche dans le but d'améliorer la formation des chercheurs et des travailleurs de la santé en ce qui a trait aux méthodes de recherche. Par ailleurs, on commence à cette époque à

4 « A Submission to the Royal Commission on Health Services by the Canadian Public Health Association: Summary Statement », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 53 (juin 1962) : pp. 225–241

5 « A Preliminary Appraisal by the Canadian Public Health Association of Volume I of the Report of the Royal Commission on Health Services », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 55 (septembre 1964) : pp. 497–499

6 « Home Accident Prevention and the Health Department », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 52 (janvier 1961) : pp. 38–39; « Accident Prevention: A Symposium », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 52 (janvier 1961) : pp. 1–9; « The Twentieth-Century Disease », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 55 (mai 1964) : p. 221; CBC Archives, sur Internet : <http://archives.cbc.ca/lifestyle/living/topics/1754-12047/>; L.P. Lonerao, *Finding the next cultural paradigm for road safety*, AAA Foundation for Traffic Safety (2007) : pp. 1–2.



Hester Kernan

*Promotion du développement
de la santé communautaire*

Hester Kernan obtient un diplôme à Regina General Hospital of Nursing et est titulaire d'un certificat de soins infirmiers en santé publique de l'Université McGill et d'un baccalauréat et d'une maîtrise en enseignement des soins infirmiers de l'Université de Columbia, à New York. Forte de ces acquis, M^{me} Kernan a accepté le poste de professeur de soins infirmiers en santé publique à l'Université de la Saskatchewan, une fonction qu'elle occupe pendant 27 ans jusqu'à ce qu'elle soit nommée doyenne du College of Nursing de cette même institution en 1973. Pendant les sept années à ces fonctions, M^{me} Kernan a continué à manifester ses aptitudes de leadership, d'organisation et d'administration tout en s'acquittant des mandats particuliers qui lui étaient confiés auprès d'instances provinciales et nationales tant en matière de formation que de prestation des services infirmiers. M^{me} Kernan est la première femme à être élue au poste de président d'une section de l'ACSP (1956–1958).

(*Sélection santé de l'ACSP*, vol. 5, n^o 2, avril 1981)

reconnaître les besoins liés à l'information sur l'état de santé des Autochtones et sur les services qui leur sont offerts. La collecte de cette information est entravée quand, en 1962, la Direction générale des services médicaux décide d'inclure les services de santé des Autochtones avec ceux des fonctionnaires, du personnel de l'aviation civile, des immigrants, des marins et des personnes devant être mises en quarantaine.

Les données sur les taux de blessures et de maladies sont mieux recueillies chez les Indiens inscrits, mais on ne connaît que très peu de choses sur l'état de santé de ceux qui vivent hors réserve ou des autres groupes autochtones⁷.

Une étude provinciale comparant l'apport nutritif chez les enfants autochtones et non autochtones est amorcée en Colombie-Britannique, étant donné les lacunes dans les renseignements à ce sujet. En fait, le constat de la pauvreté de l'information portant sur divers problèmes de santé publique chez les Autochtones et le manque de liens entre les services autochtones et non autochtones génèrent la mise sur pied d'initiatives visant un renforcement des capacités en santé publique au sein de ces communautés⁸.

En 1969, Jean Chrétien, alors ministre des Affaires indiennes, présente un livre blanc sur la politique indienne qui propose d'intégrer les peuples autochtones dans les mêmes structures gouvernementales qui servent d'autres Canadiens, d'abroger la *Loi sur les Indiens* et de transférer le contrôle des terres autochtones aux communautés autochtones. L'idée soutenant ce document est que le statut juridique distinct des peuples autochtones a empêché ces derniers d'accéder aux avantages dont profitent les autres Canadiens. Cependant, les dirigeants

- 7 J. B. Waldram, A. Herring, et T. K. Young, *Aboriginal Health in Canada (2006)*, University of Toronto Press: Toronto, ON
- 8 Alice Dong et Moira C. Feeney, « The Nutrient Intake of Indian and Non-Indian School Children », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 59 (mars 1968) : pp. 115–118; « Something New in Training », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 57 (novembre 1966) : p. 535; Ethel G. Martens, « Culture and Communications: Training Indians and Eskimos as Community Health Workers », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 57 (novembre 1966) : pp. 495–503; E. Casselman, « Public Health Nursing Services for Indians », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 58 (décembre 1967) : pp. 543–546; Al Freestone, « Environmental Sanitation on Indian Reserves », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 59 (janvier 1968) : pp. 25–27



Jean C. Leask

Directrice générale de VON Canada et plus de 30 ans de carrière en soins infirmiers

Jean C. Leask est née à Moose Jaw, Saskatchewan, en 1912, et obtient son baccalauréat ès arts à l'Université de Toronto avant d'y poursuivre ses études en soins infirmiers. M^{me} Leask se joint tout d'abord au personnel infirmier de l'Ordre de Victoria du Canada à la division de Toronto, pour ensuite accepter le poste d'infirmière-chef à sa division de Regina. En 1941, grâce à une bourse de la Fondation Rockefeller, elle sillonne le Canada et les États-Unis pour y observer le fonctionnement des programmes de soins infirmiers. Elle poursuit ses études à l'Université de Chicago, y décrochant un diplôme de soins infirmiers en hygiène publique, et joint à nouveau les rangs des infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada en 1960. M^{me} Leask siège activement dans de nombreux comités nationaux et internationaux relatifs aux soins infirmiers.

(Revue canadienne de santé publique, 1969)

autochtones s'opposent aux propositions, les considérant comme assimilatrices. Le gouvernement met le document sur une tablette, puisque la plupart des Canadiens d'origine autochtone semblent le rejeter et favoriser plutôt l'option de poursuivre la lutte pour obtenir une meilleure prestation des services de la part du gouvernement fédéral, y compris les services de santé, et d'assumer eux-mêmes un rôle de plus en plus important en tant que fournisseurs de soins dans leurs propres collectivités.

Défis tenaces : polio, tuberculose et maladies vénériennes

Les taux variables d'immunisation contre la polio, particulièrement chez les adultes, continuent de contrarier les autorités en matière de santé publique. En 1961, un sondage mené à Victoria, en Colombie-Britannique, révèle que seulement 31 % de tous les adultes ont reçu le vaccin et que, lorsqu'on leur demande pourquoi ils n'ont pas été vaccinés, la plupart des gens disent croire que la polio est une maladie d'enfant et que le vaccin

n'est offert qu'aux personnes âgées de moins de 40 ans. Outre le fait qu'il n'est pas bien renseigné à son sujet, le public ne semble plus craindre la polio⁹.



Cependant, la tuberculose s'est avérée beaucoup plus

tenace que la polio au Canada. En 1965, il y a une augmentation de 5,6 % des nouveaux cas évolutifs et de 11,4 % du nombre de nouveaux cas signalés chez les enfants âgés de moins de 10 ans. Le taux élevé d'infections à la tuberculose parmi les Autochtones crée dans l'ensemble de la population indienne, des réservoirs de maladie quiescente ou non évolutive, prête à se manifester dès le premier signe d'une faiblesse dans la résistance. Les traitements en sanatorium contre la tuberculose sont finalement bonifiés pour comprendre les peuples autochtones, mais cette initiative donne souvent lieu à des tragédies familiales, particulièrement dans le Nord. L'expédition de l'Arctique de l'Est, mise sur pied par le D^r Percy Moore, directeur des

9 « News Notes: British Columbia », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 52 (décembre 1961) : p. 526

Nouveau vaccin antipoliomyélitique

Une souche du virus vivant atténué de la poliomyélite est utilisée pour mettre au point un vaccin oral, dans l'espoir que ce virus se multipliera dans l'appareil digestif de la même façon que le virus sauvage (d'origine naturelle) et qu'il supplantera ce dernier, plus puissant, à mesure qu'il se propagera. En 1962, utilisant des souches adaptées par le D^r Albert Sabin, les laboratoires de recherche médicale Connaught mettent au point un vaccin antipoliomyélitique oral grâce à du financement fédéral-provincial. Quatre millions de doses sont distribuées dans huit provinces, mais, lorsque quatre cas de poliomyélite paralytique sont signalés parmi les personnes ayant reçu le vaccin, le gouvernement fédéral met le programme en attente pendant quelques mois. Un comité technique conclut qu'il y avait un lien probable entre ces cas et le vaccin. Le risque est faible, mais plus important chez les adultes qui n'ont jamais été immunisés auparavant. En 1965, les programmes provinciaux de vaccination permettent de réduire à zéro l'incidence de la poliomyélite paralytique au Canada^a.



a J. K. W. Ferguson, « Live Poliovirus Vaccine for Oral Use », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 53 (avril 1962) : pp. 135–142; F. P. Nagler, « Recent Experience with Oral Poliovirus Vaccine (Sabin) in Canada », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 54 (novembre 1963) : pp. 509–514; Nagler, « Recent Experience with Oral Poliovirus Vaccine (Sabin) in Canada », pp. 509–514

« Arrêtez la polio en 1963 »

Services de santé des Indiens et des Populations du Nord, s'est servi du brise-glace *HMS Nascopie* et, plus tard, du *C.D. Howe*, pour transporter des Inuits afin qu'ils reçoivent un traitement contre la tuberculose dans les sanatoriums situés plus au sud, et plusieurs d'entre eux ne sont jamais retournés dans leur famille. Pour un Inuit, la durée moyenne d'un traitement en sanatorium est de deux ans et demi. Il arrive souvent que les patients qui meurent sont ensevelis sur place sans que leur famille soit avertie de leur décès. À la fin de la décennie, l'incidence de souches résistantes aux médicaments augmente considérablement, et les stratégies de santé publique commencent à se concentrer sur les améliorations à apporter quant à la supervision du traitement de la tuberculose¹⁰.

10 « Tuberculosis Control – The Great Delusion », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 57 (septembre 1966) : pp. 421–422; F. J. Forth, « Tuberculosis Control Among Indians in Saskatchewan », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 59 (mars 1968) : p. 114; « Tuberculosis Control – Dream or Probability », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 60 (janvier 1969) : p. 43

Une augmentation surprenante des cas signalés de syphilis et de gonorrhée précède l'usage généralisé de la pilule anticonceptionnelle au Canada. Une lacune dans les connaissances des jeunes médecins quant au diagnostic, au traitement et au suivi de ces maladies constitue possiblement l'un des facteurs à l'origine de cette situation. L'augmentation de l'incidence des maladies vénériennes chez les adolescents et les enfants de moins de 13 ans est associée à un changement dans les normes morales, à une plus grande indépendance et à la liberté non supervisée que connaissent les jeunes d'aujourd'hui. Le ministère de la Santé et du Bien-être social fait la promotion de ses services gratuits pour le traitement des maladies vénériennes et fournit des films mis à jour pour distribution sur demande dans les écoles secondaires et les groupes communautaires. En 1965, la *Revue canadienne d'hygiène publique* annonce qu'un effort éducatif renouvelé prend forme¹¹.

11 « News Notes: Saskatchewan », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 56 (janvier 1965) : p. 53

Un comité de l'association médicale britannique qui enquêtait, en 1964, sur les maladies vénériennes chez les jeunes, avise la communauté de la santé publique de la nécessité de mieux comprendre les facteurs sociaux en cause. Dans un éditorial du *British Medical Journal*, on y lit que l'impatience que manifestent les jeunes envers les générations plus âgées est plus tranchante qu'auparavant, les croyances et les responsabilités sociales du passé étant remplacées par un égocentrisme cynique et tenace accompagné d'une méfiance égale à l'égard à la fois de la religion et de la « science ». Un article de la *Revue canadienne d'hygiène publique* note que nous en connaissons beaucoup sur les maladies vénériennes en tant que maladies transmissibles, mais pour les éradiquer ou les maîtriser, il nous faut en savoir davantage sur nous-mêmes et mettre ce savoir en application. Voilà le défi que doit relever l'éducation en matière de maladies vénériennes, et la jeunesse est impatiente de connaître notre réponse à ce sujet¹².

Environnement et DDT

Des préoccupations environnementales sont mises en lumière quand Rachel Carson, biologiste de la vie aquatique, publie *Printemps silencieux* en 1962. Ce livre fait état du tort



12 « Some Sociological Aspects of Venereal Disease », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 56 (avril 1965) : pp. 162-163; British Medical Association, *Venereal Disease and Young People* (BMA, 1964); « Venereal Disease and Young People », *British Medical Journal*, vol. 1 (7 mars 1964) : pp. 575-577; Lynford L. Keyes et Henry M. Parrish, « Increasing the Effectiveness of Venereal Disease Education », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 59 (mars 1968) : p. 122



Carol Buck

Un épidémiologiste en avance sur son temps

D^{re} Carol Buck était considérée d'être en avance sur son temps -- une femme talentueuse qui a gravi rapidement les échelons dans les années 1950. Elle a obtenu un diplôme en médecine en 1947, termine son doctorat en 1950 et obtient le diplôme en santé publique de l'Université de Londres en Angleterre grâce à la bourse Rockfeller, et en 1967, elle devient présidente de la médecine communautaire à l'Université de Western Ontario. Elle contribue à l'avancement de l'épidémiologie et signe plus de 80 articles scientifiques dont bon nombre desquels sont publiés dans la *Revue canadienne de santé publique*. Elle acquiert une reconnaissance internationale lorsqu'elle est élue présidente de l'Association internationale d'épidémiologie en 1981. Ses travaux démontrent un « engagement passionné à améliorer l'état de santé des gens en définissant les causes et les facteurs déterminants des maladies à l'aide de méthodes épidémiologiques rigoureuses dans ce but.

(*Sélection santé de l'ACSP*, vol. 11, n° 3, 1987)

infligé à l'environnement par l'usage hasardeux et mal compris de pesticides chimiques et particulièrement de DDT. Ce pesticide, dont on sait maintenant qu'il cause le cancer, s'accumule dans les tissus adipeux en concentrations de plus en plus importantes à mesure que l'on remonte la chaîne alimentaire. On soupçonne aussi que le DDT provoque des affections neurologiques, respiratoires et cardiovasculaires chez les humains. Il peut par ailleurs rester dans le sol pendant plus de 30 ans. On dit souvent que

Changements culturels

Un autre changement important survenu depuis les années 1950 est l'arrivée constante au Canada d'immigrants dont le nombre totalise environ 100 000 par année. Un moins grand nombre d'entre eux arrivent maintenant des pays européens, alors qu'ils émigrent davantage de l'Asie du Sud et du Sud-Est, de la Chine, des Philippines, de l'Amérique du Sud, de l'Amérique centrale, de l'Afrique du Nord et des Caraïbes. Bon nombre de ces immigrants demeurent ici depuis assez longtemps pour y avoir élevé des enfants qui sont maintenant d'âge adulte. Selon les données du recensement, ces jeunes adultes forment des couples surtout avec des personnes appartenant à la même sous-culture d'origine étrangère. Cependant, un nombre suffisant d'entre eux se marient avec une personne d'une autre culture pour que l'on puisse suggérer que, même si la mosaïque culturelle canadienne reste essentiellement intacte, certaines des caractéristiques d'un mélange sociodémographique pourraient émerger avec le temps. L'arrivée de ces immigrants a fait du Canada l'une des nations les plus multiculturelles au monde. Cela en fait

également un pays où les défis se multiplient quand vient le temps de prodiguer des services de santé communautaires efficaces qui répondent à tous les besoins, particulièrement en ce qui a trait à la santé des femmes en matière de reproduction et, de plus en plus, aux soins à prodiguer aux personnes âgées dépendantes. Autrefois, et dans leur pays d'origine, peu d'entre eux atteignaient un âge avancé et devenaient dépendants alors que, dans le Canada riche et moderne, ils sont nombreux à y arriver. Cependant, les exigences liées à la mobilité professionnelle auxquelles font face les membres plus jeunes de la famille peuvent devenir un obstacle aux soins à prodiguer à leurs aînés dépendants, ces jeunes ne pouvant compter sur les membres de leur famille élargie pour leur venir en aide. Dans les années 2010, la tâche qui consiste à procurer des services efficaces de santé publique à la population multiculturelle complexe du Canada est au moins aussi difficile et aussi ambitieuse que celle qui consiste à lui procurer des services éducatifs efficaces.

– John Last

le livre *Printemps silencieux* est à l'origine du mouvement environnemental et qu'il a permis d'intensifier l'attention prêtée aux risques pour la santé publique associés à la science et à la technologie. Les scientifiques commencent alors à chercher des façons de réduire l'utilisation de pesticides et, par le fait même, les retombées de ces derniers sur la santé et l'environnement¹³.

13 Commission de coopération environnementale de l'Amérique du Nord, *Le DDT n'est plus utilisé en Amérique du Nord*, Feuillet d'information – DDT (2003-2004), sur Internet : http://www.cec.org/Storage/50/4286_DDT_fr.pdf; Rachel Carson, *Printemps silencieux* (Paris: Plon, 1963); « Pesticides », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 56 (mai 1965) : pp. 217–218

Thalidomide et innocuité des médicaments

Au Canada, la tragédie de la thalidomide met en évidence des répercussions imprévues associées aux avancées scientifiques et technologiques. Mis au point en Allemagne de l'Ouest dans les années 1950, ce médicament est largement utilisé depuis 1957 pour traiter un certain nombre d'affections, y compris pour prévenir les nausées chez les femmes enceintes. Son usage au Canada est approuvé le 1^{er} avril 1961; il doit être prescrit par un médecin et est considéré comme une option sûre par rapport à d'autres sédatifs, comme

les barbituriques, de même qu'à des médicaments en vente libre, et ce, pour le traitement du rhume, de la grippe, des maux de tête, de la névralgie et de l'asthme. Ses nombreuses indications sont un obstacle à l'identification de la thalidomide en tant que cause des difformités graves que présentent les nouveau-nés aux bras, aux jambes, aux mains et aux pieds. Alors que les signalements d'effets indésirables augmentent en nombre, le médicament fait l'objet d'un rappel par son fabricant allemand, en novembre 1961; les fabricants britanniques et suédois en font autant peu de temps après. Les études publiées au début de 1962 convainquent finalement le gouvernement canadien d'ordonner le retrait de la thalidomide du marché en mars 1962. Le ministre de la Santé et du Bien-être social demande au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada de mettre sur pied un comité spécial chargé de faire une revue objective des procédures liées à la mise en marché de nouveaux médicaments et de faire les recommandations qu'il jugera appropriées dans l'intérêt du public. Au Canada, en 1961 et en 1962, environ 115 enfants viennent au monde présentant des malformations congénitales associées à l'usage de la thalidomide par la mère en début de grossesse¹⁴.

À la suite de l'expérience canadienne, l'Organisation mondiale de la Santé est déterminée à améliorer les communications entre les pays et à normaliser davantage les procédures à l'égard des nouveaux médicaments, de même qu'à établir

un système international d'avertissement. Dans le cadre de sa couverture d'une conférence fédérale-provinciale spéciale sur la thalidomide tenue en août 1962, la *Revue canadienne d'hygiène publique* traite d'une nouvelle réalisation des problèmes et des dangers liés à la mise au point et aux essais de nouveaux médicaments. Il est rassurant de constater que le Canada possède une organisation compétente et efficace à la Direction sur les aliments et drogues pour lutter contre ces épineux problèmes¹⁵.

Norton Whittaker

Inspecteur-hygiéniste qui a mis au point des solutions communautaires créatives

En 1961, Norton Whittaker, un inspecteur-hygiéniste à Pembroke, en Ontario, a mis au point un dispositif grâce auquel les moustiques femelles attirent le moustique mâle dans un nuage de pulvérisation toxique. En éliminant les moustiques mâles, la femelle n'est plus en mesure de pondre des oeufs fécondés pour accroître la population. M. Whittaker a également créé le « Golden Garbage Can Award » pour encourager les citoyens à nettoyer leurs poubelles en vue de réduire les risques pour la santé liés à la présence d'un grand nombre de mouches domestiques. Le prix était décerné hebdomadairement à la poubelle la mieux entretenue et un certain nombre de villes en Amérique du Nord, en Grande-Bretagne et en Europe ont par la suite adopté cette initiative réussie.

(Klaus Seeger)

14 Barbara Clow, « Defining Disability, Limiting Liability: The Care of Thalidomide Victims in Canada », dans E. A. Heaman, Alison Li et Shelley McKellar (eds.), *Figuring the Social: Essays in Honour of Michael Bliss* (Toronto: University of Toronto Press, 2008), pp. 304–314; Jean F. Webb, « Canadian Thalidomide Experience », *Journal de l'Association canadienne médicale*, vol. 89 (9 novembre 1963) : pp. 987–992; « Federal-Provincial Conference on Congenital Malformations Associated with Thalidomide », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 53 (octobre 1962) : p. 432

15 « Federal-Provincial Conference on Congenital Malformations Associated with Thalidomide », *Revue canadienne d'hygiène publique*, p. 433

Fluorure

Les plébiscites et les débats locaux sur la fluoration sont courants dans les années 1960. Le D^r F. H. Compton, directeur des services de santé dentaire de Toronto, décrit la fluoration comme étant un problème d’envergure nationale qui provoque l’agitation périodique des Canadiens d’un océan à l’autre, comme nul autre événement n’a su le faire auparavant dans l’histoire de la santé publique. Les experts en santé publique soutiennent largement la fluoration qui vise à réduire de façon sûre et efficace la carie dentaire chez les enfants, mais, pour d’autres, il ne s’agissait rien de moins que d’une intrusion à peine voilée dans leurs chères libertés préservées par la constitution et la tradition. Le public a tendance à être facilement influencé par ces voix fortes, malgré l’avis des dentistes et des dirigeants de la santé publique. Certains se fondent sur des arguments religieux et moraux pour s’opposer à la fluoration des approvisionnements en eau, alors que les dirigeants de la santé publique se réfèrent à l’opposition manifestée dans le passé par le public en ce qui a trait à des initiatives de santé comme la chloration, la pasteurisation et l’immunisation¹⁶.

Tabac

En 1960, alors que le nombre de cigarettes vendues au Canada dépasse les 34 milliards, les résultats préliminaires d’un sondage national mené auprès d’anciens combattants canadiens sont présentés à la réunion annuelle de l’Association canadienne de santé publique.

16 F. H. Compton, « A Public Health Perspective on Fluoridation », *Revue canadienne d’hygiène publique*, vol. 51 (janvier 1960) : pp. 20–24

E.S.O. Smith

De nombreuses années au service de la santé publique en Alberta

Le D^r Edward Stuart Orford Smith a accumulé 11 grades universitaires et bourses dans des universités canadiennes et étrangères. Son service en santé publique débute en Alberta en 1953 comme médecin hygiéniste au Bureau de santé Sturgeon, puis comme directeur de l’Épidémiologie du Alberta Social Services and Community Health. Le D^r Smith a écrit plus de 30 publications sur des sujets de préoccupation tels que la réhabilitation, la poliomyélite, la rage, le cancer, les accidents, l’hypertension, le tabagisme, l’alcool, les accidents de circulation, les maladies vénériennes, la maladie du cœur, la planification familiale, l’épidémiologie, les modes d’établissement de rapports et de dépistage des contacts, et la santé au travail. Il a également été président du groupe de travail de l’ACSP sur le fluorure.

(*Sélection santé de l’ACSP*, vol. 2, n^o 3, juin 1978)

L’étude révèle un lien constant entre le tabagisme et les décès causés par le cancer du poumon et les maladies du cœur. L’Association canadienne de santé publique est dès lors parmi les premières organisations à s’attaquer au tabagisme en tant que problème de santé prioritaire. Les membres votent une résolution demandant à tous les organismes concernés de mettre sur pied des programmes éducatifs énergiques conçus pour renseigner le public sur les dangers du tabagisme, visant particulièrement les jeunes, dans le but de les convaincre de ne pas commencer à fumer¹⁷.

17 E. W. R. Best, G. H. Josie et C. B. Walker, « A Canadian Study of Mortality in Relation to Smoking Habits: A Preliminary Report », *Revue canadienne d’hygiène publique*, vol. 52 (mars 1961) : pp. 99–106; « Cigarette Smoking and Health », *Revue canadienne d’hygiène publique*, vol. 55 (janvier 1964) : p. 31

Changements sociaux et biologiques

La seconde moitié du 20^e siècle est une période de profonds changements sociaux dans la plupart des pays industrialisés, y compris le Canada. D'importantes modifications surviennent dans la structure, la fonction, la formation et la dissolution de la famille, les coutumes matrimoniales devenant plus souples et plus variables. Chez les couples composés de personnes nées au Canada, la taille de la famille est réduite sous le seuil de renouvellement des générations, si bien que la population aurait chuté sans l'immigration. Une proportion croissante de couples se forment, font vie commune, partagent les revenus et élèvent même des enfants dans le cadre d'unions de fait qui, même stables, peuvent être dissoutes sans aucune formalité. D'autres s'engagent dans des relations qu'on pourrait qualifier de monogamies en série, s'assujettissant parfois, ou même rarement, à la sanction légale associée aux liens officiels du mariage. On constate aussi une augmentation importante du nombre et de la proportion des familles monoparentales (les femmes étant la plupart du temps chef de famille et vivant souvent dans la pauvreté). Il y a également une augmentation du nombre et de la proportion des familles au sein desquelles les deux partenaires travaillent, contrairement à la tradition selon laquelle les hommes sont les soutiens de la famille et que les femmes se consacrent essentiellement à la procréation, à l'éducation des enfants et à l'entretien domestique. Par ailleurs, au cours du 20^e siècle,

la société canadienne adopte graduellement des attitudes plus libérales envers l'homosexualité, y compris envers les unions entre personnes de même sexe. La proportion de la population qui croit en Dieu diminue, mais, parmi les croyants, il y a une augmentation des attitudes intégristes souvent associées à la résistance envers le droit des femmes au libre choix quant à la procréation. La télévision devient la forme dominante de divertissement, contribuant à la prévalence accrue de l'obésité juvénile.

Un autre phénomène lié à la santé survenant au Canada à la fin du 20^e siècle et au début du 21^e siècle est l'augmentation de la taille et du poids des enfants ainsi que leur arrivée précoce à la maturité sexuelle. Ces tendances peuvent être associées à une amélioration de la qualité de l'alimentation ou, possiblement, à une augmentation de la quantité d'aliments consommés puisque l'on constate également une augmentation inquiétante de la prévalence de l'obésité et du diabète de type II. Par ailleurs, la présence dans l'environnement de modulateurs endocriniens à faible potentiel d'action pourrait constituer un autre facteur causal de la précocité de la maturité sexuelle. Les conséquences à long terme de ces tendances en ce qui a trait à la santé de la population canadienne sont inconnues, mais il est peu probable qu'elles soient souhaitables.

– *John Last*

William Harding Le Riche

Professeur et chercheur en épidémiologie, en nutrition, en santé maternelle et en pédiatrique

Le Docteur le Riche arrive au Canada en 1952 de Johannesburg, en Afrique du Sud, après un détour à l'Université Harvard où il obtient sa maîtrise en santé publique. En 1957, il entreprend une carrière en enseignement en épidémiologie à l'Université de Toronto; il appert qu'une importante cohorte de ses anciens étudiants œuvre aujourd'hui dans diverses fonctions au sein du secteur de la santé publique partout au Canada. La nutrition, la santé maternelle et pédiatrique, et le développement de services de soins primaires et de santé publique à l'échelle locale sont ses sujets de recherche de prédilection. Ses travaux recourent également divers enjeux de nature épidémiologique, notamment en matière d'infections nosocomiales. Les travaux d'avant-garde qu'il a réalisés dans le cadre de l'analyse des dossiers d'assurance médicale de l'organisme Services aux médecins MD Inc. font date en matière de recherche au Canada dans le domaine de la santé. Il a publié au-delà de 130 articles et divers ouvrages, en plus d'agir à titre d'expert-conseil auprès de l'Association pour la santé publique de l'Ontario et de l'Association canadienne de santé publique dans le cadre de divers projets d'envergure nationale et internationale. En 1981, le D^r Le Riche reçoit la distinction la plus élevée décernée par l'ACSP, le prix R.D. Defries.

(Sélection santé de l'ACSP, vol. 5, n^o 2, avril 1981)

L'Association canadienne de santé publique et l'Association médicale canadienne ont toutes les deux mis en œuvre des campagnes antitabac visant à informer les membres du public et les professionnels de la santé des dangers associés au tabagisme. En 1962, un médecin écrit qu'on peut sentir enfin un changement inévitable s'opérer dans la réaction des professionnels et des non-initiés quant à la controverse sur la cigarette, le soutien aux allégations liées aux luttes contre l'usage du tabac augmentant rapidement jusqu'à un sommet atteint au printemps dernier¹⁸. En 1963, lors de la première conférence nationale sur le tabagisme et la santé, le ministre de la Santé et du Bien-être social engage un budget de 600 000 \$ sur cinq ans destiné à l'information antitabac et à la recherche. En janvier 1964, le Surgeon General des États-Unis en vient à la conclusion que le tabagisme cause le cancer du poumon, et, en 1966, les fabricants de produits du tabac se mettent d'accord sur un code de la publicité au Canada, alors qu'aux États-Unis, des avertissements quant aux risques pour la santé associés au tabagisme paraissent obligatoirement sur les paquets de cigarettes¹⁹.

Le fait de viser les annonceurs du secteur du tabac constitue une nouvelle stratégie de santé publique; dans les années 1960, il s'agit de nouveaux moyens pour promouvoir la santé

- 18 Norman C. Delarue, « Cigarette Smoking: A Clinical and Public Health Challenge », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 87 (3 novembre 1962) : p. 961
- 19 « The 1963 Annual Meeting », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 54 (juillet 1963) : pp. 331–332; « Cigarette Smoking and Health », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 55 (janvier 1964) : p. 32; John Keays, « The Smoking Enigma », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 56 (mars 1965) : pp. 105–107; sur Internet : http://www.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History20-2.html; « Smoking and Health: A More Forceful Stand », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 60 (septembre 1969) : pp. 335–336

et prévenir la maladie. En 1967 et en 1968, un certain nombre de projets de loi d'initiative parlementaire sont présentés à la Chambre des communes au sujet de la publicité sur les produits du tabac, du libellé de leurs étiquettes et de leur teneur en goudron et en nicotine. Le Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales tient des audiences, mais l'Association canadienne de santé publique ne fait pas partie des organisations qui y font une présentation. Un éditorial de 1969 de la *Revue canadienne d'hygiène publique* souligne qu'après la conférence de 1963 sur la santé et le tabagisme tenue à Ottawa, l'Association canadienne de santé publique a effectivement laissé d'autres groupes et organismes débattre le problème²⁰.

Contraception et rôle de l'État

Depuis 1892, la contraception, jugée indécente, est illégale au Canada. On interdit aux médecins de parler de contraception avec leurs patientes à moins de circonstances respectant certains paramètres passablement rigides. Des inquiétudes par rapport à l'explosion démographique des années 1960 et l'accessibilité à de nouveaux contraceptifs oraux entraînent une augmentation de la pression exercée par le public pour légaliser la contraception. Ainsi, un certain nombre d'associations exhortent le gouvernement fédéral à modifier les lois. Aux États-Unis, l'association de santé publique des États-Unis instaure une politique pour soutenir les services de planification familiale, mais, pour l'Association canadienne de santé publique, la contraception continue d'être un

20 « Smoking and Health: A More Forceful Stand », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 60 (septembre 1969) : pp. 335-336



Ann Harling

Une carrière consacrée à la santé des enfants et des adultes au Nouveau-Brunswick

M^{me} Ann Harling a consacré sa carrière professionnelle au mieux-être et à la santé des Néo-Brunswickois. Elle contribue à l'élaboration de nombreux programmes et services de santé publique, en particulier en matière de santé maternelle et des enfants; ses cliniques pédiatriques générales et spécialisées sont devenues des modèles de prestation de soins médicaux spécialisés à l'intention des enfants du Nouveau-Brunswick. M^{me} Harling a consacré son temps, ses énergies et son expertise à la réalisation de nombreuses initiatives régionales, provinciales, nationales et internationales depuis son adhésion en 1972 et sa participation active au sein de l'ACSP. M^{me} Harling a accompagné l'honorable Monique Bégin durant la première visite d'étude sanitaire du Canada en Chine, un périple de cinq semaines au cours duquel elles ont eu l'occasion de visiter des écoles de médecine et de sciences infirmières, des hôpitaux, des établissements de réadaptation et des centres de la petite enfance.

(*Sélection santé l'ACSP*, vol. 19, n^o 2, 1995)

sujet controversé. En 1964, dans le cadre d'une réunion de l'Association canadienne de santé publique, on s'arrange pour reléguer une motion concernant la contraception aux bons soins d'un comité chargé de l'étudier davantage²¹.

21 V. L. Matthews, « The Public Health Implications of Population Trends », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 57 (février 1966) : pp. 61-62

Dans l'intervalle, des cliniques de planification familiale s'établissent dans plusieurs collectivités grâce à l'association de la planification des naissances et aux services locaux de santé, ou en collaboration avec des hôpitaux. Comme elles sont établies pour « servir le bien public », les cliniques peuvent esquiver le *Code criminel* et, à la fin des années 1960, on ne semble guère souhaiter appliquer la lettre de la loi qui limite l'échange d'information sur la contraception²².

Un projet de loi omnibus fédéral, présenté en décembre 1967 par le ministre de la Justice de l'époque, Pierre Trudeau, propose d'apporter des changements majeurs au *Code criminel*, y compris d'éliminer toute restriction concernant la contraception, de permettre les avortements thérapeutiques dans les hôpitaux dans les cas où un comité de médecins juge que la poursuite de la grossesse peut mettre en danger la vie ou la santé de la mère et, enfin, de décriminaliser l'homosexualité. En 1967, les propos de M. Trudeau, à savoir que l'État n'a rien à faire dans les chambres à coucher de la nation, et que ce que deux adultes consentants font en privé ne concerne pas le *Code criminel*, viennent concrétiser ce changement radical dans l'approche gouvernementale au sujet de la planification familiale et de la sexualité. Le projet de loi est promulgué en 1969.

22 « Population and Family Planning in Public Health », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 59 (juillet 1968) : pp. 278-279; C. J. G. Mackenzie, G. P. Evans et J. G. Peck, « The Vancouver Family Planning Clinic: A Case Study », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 58 (février 1967) : pp. 53-60; E. A. Dunton, « A Family Planning Clinic in a County Health Unit », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 58 (avril 1967) : pp. 181-182; H. H. Washburn, « Administration and operation of the Norfolk County Family Planning Clinic », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 58 (juin 1967) : pp. 277-279; R. Wilson, G. W. O. Moss, E. G. Laugharne et E. M. Read, « Family Planning in a Co-ordinated Hospital and Community Health Setting », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 58 (décembre 1967) : pp. 527-534

Rapport final sur les services de santé

Le *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé* de 1966 recommande la mise sur pied d'un régime d'assurance-maladie national, mais le manque d'attention qu'on prête à la prévention de la maladie et des blessures déçoit le secteur de la santé. Le Dr John E. F. Hastings de l'École d'hygiène de l'Université de Toronto relève les sujets négligés dans ce rapport, dont les aspects sociaux de la santé, les problèmes liés au vieillissement, les médicaments en vente libre, les aspects environnementaux de la santé et le maintien du revenu en période de maladie. Le rapport ne s'attarde que très peu à l'importance de la médecine préventive, de la promotion de la santé et des programmes de santé communautaire. Le Dr Hastings note que, dans le rapport, on néglige la nécessité de faire de la promotion de la santé et de la prévention les préoccupations centrales de l'éducation médicale, tout en maintenant un concept dépassé de la santé publique, limité aux secteurs de la lutte contre les maladies transmissibles, de l'hygiène de l'environnement et du soutien aux soins médicaux en régions éloignées²³.

Par ailleurs, dans ce rapport, on ne reconnaît que faiblement le bien-fondé de programmes universels à long terme dans les domaines des services infirmiers de santé publique, de la santé des mères et des enfants et de la santé en milieu scolaire. On ne s'attarde pas non plus au travail des ministères de la Santé quant à l'éducation en matière de tuberculose, de maladies vénériennes

23 John E. F. Hastings, « The Report of the Royal Commission on Health Services – Implications for Public Health », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 57 (mars 1966) : pp. 106-108



Jean E.C. Lewis

Figure de proue des soins infirmiers en santé publique à Terre-Neuve et au Canada

Jean E.C. Lewis Elle étudie en soins pédiatriques et en soins infirmiers à Liverpool, en Angleterre, avant de travailler dans un hôpital militaire puis de revenir à St. John's, Terre-Neuve à la fin de la Deuxième Guerre mondiale. Elle occupait le poste de directrice des soins infirmiers en santé publique pendant 29 ans et était responsable de l'ensemble des soins infirmiers de la province, la porte d'entrée au système de soins de santé à l'époque et à la prévention au niveau primaire, secondaire et tertiaire. M^{me} Lewis participe en outre à la constitution de la division de Terre-Neuve-et-Labrador de l'ACSP au début des années 1960 et préside la section des soins infirmiers en santé publique de l'ACSP.

(Sélection santé de l'ACSP, vol. 17, n^o 2, été 1993)

ou de maladie mentale et à l'identification et au suivi des cas de ces maladies. En fait, écrit le D^r Hastings, la Commission ne considère pas que les ministères de la Santé ont un rôle particulièrement déterminant à jouer quant à l'avenir des services de santé. Il semble que l'intérêt accordé à d'autres problèmes médicaux, le manque de temps ou encore l'hostilité exprimée par certains professionnels et autres organismes envers la participation de la santé publique à d'autres aspects que ceux qui lui reviennent traditionnellement, comme les activités de lutte contre les maladies transmissibles et de contrôle de l'environnement, constituent des facteurs plausibles de l'absence quasi totale de la santé

publique dans le rapport. Le D^r Hastings ajoute que le secteur doit assumer une large part de responsabilité quant à sa piètre performance dans le rapport, car de nombreuses personnes veulent apparemment éviter de mettre en péril des droits acquis. Nous avons oublié nos origines et nos prédécesseurs qui étaient des gens combattifs, dévoués et militants ayant décelé des problèmes de santé communautaire devant être résolus. Quand bien même le diable y serait, ils étaient déterminés à résoudre ces problèmes ou à périr en essayant²⁴.

Défis de santé publique

À la fin de la décennie, le D^r Hastings écrit l'ouvrage *Some Plain Thoughts on the State of Public Health* (quelques considérations simples sur l'état de la santé publique). Il y évoque de nombreux changements notoires survenus en Ontario, où des services de santé régionaux sont établis dans presque toute la province. Des réorganisations semblables ont lieu au Québec et dans d'autres provinces; elles sont caractérisées par un accroissement de la centralisation, de la bureaucratisation et du contrôle gouvernemental des soins de santé. Le D^r Hastings croit que ces changements mettent en lumière la nécessité urgente de considérer la santé publique comme englobant toutes les questions liées à la santé de la population et à la prestation des services de santé²⁵.

Dans la *Revue canadienne d'hygiène publique*, on mentionne que, lors de l'assemblée

24 John E. F. Hastings, « The Report of the Royal Commission on Health Services – Implications for Public Health », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 57 (mars 1966) : pp. 113–116

25 John F. Hastings, « Some Plain Thoughts on the State of Public Health », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 60 (mars 1969) : pp. 97–103



Robert Davies Defries

Directeur de Connaught et de la première école d'hygiène au Canada, et premier rédacteur en chef de la Revue canadienne de santé publique

D^r Robert Davies Defries est rédacteur en chef de la Revue canadienne de santé publique depuis son acquisition par l'ACSP en 1928. En 1953, il devient président de l'Association. On dit que l'impulsion et l'orientation qu'il a données aux activités de l'Association au cours des nombreuses années ont infiniment contribué à la croissance et le développement de celle-ci. D^r Defries est nommé directeur de Connaught Laboratories et directeur de l'école d'hygiène en 1940 et accepte de prendre les rênes du Département d'administration de la santé publique en 1941. Il a énormément enrichi les connaissances scientifiques dans les domaines de la bactériologie, de l'immunologie, de l'épidémiologie et de l'administration de la santé publique. En 1965, l'ACSP fait du Prix R.D. Defries sa plus haute distinction qui sera remise tous les ans sous la forme d'une médaille et qui récompensera les contributions exceptionnelles apportées au vaste domaine de la santé publique.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 55, juin 1965)

annuelle de 1967, les membres de l'Association canadienne de santé publique appuient unanimement la proposition selon laquelle, de toute évidence, l'Association, tel qu'elle est constituée actuellement, ne sera pas en mesure de continuer à fonctionner en tant qu'organisation efficace et pertinente au cours du prochain siècle. L'Association a besoin d'un redressement énergique et le Conseil est déterminé, dans sa recommandation présentée

dans le cadre de l'assemblée annuelle, à nommer une commission pour étudier l'ensemble des objectifs et de la structure de l'Association en fonction de son avenir. Des questions au sujet de l'avenir de l'Association canadienne de santé publique sont soulevées à plusieurs reprises au cours de la décennie précédente, et, plus tard au cours de cette année, le rapport préliminaire de la Commission fait état encore une fois de



George Donald West Cameron

Sous-ministre de la santé nationale pendant une longue période et premier récipiendaire de la médaille R.D. Defries

D^r George Donald West Cameron combat en France pendant la Première Guerre mondiale. Après la guerre, il poursuit ses études en médecine préventive et en santé publique à l'école d'hygiène de l'Université de Toronto. En 1931, D^r Cameron devient responsable des activités concernant la production et la mise à l'essai de sérums et d'anatoxines diphtériques dans la section agricole des Connaught Medical Research Laboratories, et huit ans plus tard, il est nommé chef du laboratoire d'hygiène au ministère des Pensions et de la Santé nationale. Vers 1946, D^r Cameron était sous-ministre de la Santé nationale, poste qu'il occupera avec distinction jusqu'à sa retraite en 1965. Il a représenté Canada à titre de chef de la délégation à l'Assemblée mondiale sur la santé à de nombreuses occasions et reçoit la première médaille R.D. Defries de l'ACSP en 1966 pour sa carrière.

(Revue canadienne de santé publique, vol. 57, 1966)

Prix R. D. Defries, la plus grande distinction de l'Association canadienne de santé publique

En 1964, le D^r Robert D. Defries se retire du poste de rédacteur en chef de la *Revue canadienne de santé publique* qu'il occupe depuis 1928. Afin de lui rendre hommage pour ses longues années de service, l'Association canadienne de santé publique crée le prix R. D. Defries, remis annuellement sous forme d'une médaille produite par la Monnaie royale canadienne pour récompenser les contributions exceptionnelles apportées au domaine de la santé publique. Le premier prix Defries a été remis en 1965 à G. D. W. Cameron, sous-ministre de la Santé nationale de 1946 à 1965.



la nécessité de nommer un professionnel à un poste à plein temps de chef de la direction. En 1969, des subventions sur plusieurs années de la Fondation W. K. Kellogg et de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes permettent la nomination rapide d'un nouveau chef de la direction, C. D. Noble²⁶.

La réorganisation de l'Association canadienne de santé publique exige plusieurs années, et moins de la moitié des employés à plein temps du secteur de la santé publique sont alors membres de l'Association. En outre, les cotisations de membres lamentablement minimes sont insuffisantes pour soutenir l'Association et la *Revue*, et l'Association souhaite ne pas dépendre de fonds fédéraux afin de garantir son impartialité en tant que conseiller en matière de santé publique au Canada.

Les défis que l'Association doit relever reflètent le besoin plus important d'une action audacieuse de la part de la santé publique qui doit se

redéfinir et essayer d'assurer sa pertinence dans les années 1970. Une nouvelle réalité politique quant aux soins de santé se précise. Un groupe de travail fédéral sur les coûts liés aux services de santé est mis sur pied par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en 1968, par un gouvernement libéral minoritaire qui fait face à des pressions inflationnistes et budgétaires. Le groupe de travail doit cerner les moyens que peuvent prendre les gouvernements fédéral et provinciaux pour procurer des services de santé à des coûts s'élevant moins rapidement, s'attardant en particulier aux coûts liés aux hôpitaux, aux soins médicaux et aux honoraires des médecins²⁷.

26 « An Obligation », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 60 (juin 1969) : p. 251; « Executive Director Appointment », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 60 (septembre 1969) : p. 362

27 « Report of the Commission on the Canadian Public Health Association », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 60 (février 1969) : pp. 49–84; « The Canadian Public Health Association: Problems and Challenges », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 60 (février 1969) : pp. 85–86; A. Peter Ruderman, « Task Force Reports on the Cost of Health Services in Canada: A Review Article », *Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 61 (juillet-août 1970) : pp. 321–324

1970–1986

CHAPITRE 8

La santé publique : Une histoire canadienne

Une nouvelle perspective sur la santé publique

Une nouvelle perspective sur la santé publique	8.1
Préoccupations environnementales	8.3
Sécurité automobile	8.4
Activité physique	8.5
Personnes handicapées	8.7
Maladies chroniques	8.8
Des positions plus rigides	8.8
Le rapport Lalonde	8.10
Élargissement des intérêts	8.11
Tabac	8.14
Maladies infectieuses	8.16
Nouvelle souche de grippe porcine	8.18
Infections transmises sexuellement (ITS)	8.19
Enjeux mondiaux	8.21
Soins de santé primaires – Santé pour tous d’ici l’an 2000	8.23
La nouvelle santé publique	8.24
Promotion de la santé : le rapport Epp et la Charte d’Ottawa	8.25

Après 22 ans d’expansion des services de santé canadiens, les années 1970 commencent par une période de consolidation et de simplification des soins de santé et de réduction du financement fédéral. Les pays industrialisés commencent à reconnaître que la baisse importante de la mortalité des 100 dernières années est davantage liée aux améliorations des normes de vie qu’aux avancées médicales, ce qui conduit à une refonte des systèmes de santé dans les années 1970 et 1980, période d’innovation et de leadership du Canada dans de nouvelles approches en matière de promotion de la santé, avec des répercussions sur le plan national et international. Les préoccupations relatives à l’environnement, aux maladies chroniques et aux chiffres élevés de collisions de véhicules motorisés augmentent, tout comme les nouvelles approches de marketing visant à diffuser les messages de prévention au public. Les chercheurs mettent au point des méthodes systématiques pour réduire les facteurs de risque et appliquent une approche épidémiologique à la promotion de la santé en définissant des buts et des objectifs précis¹.

1 Lindsey McKay, « Making the Lalonde Report », Towards a New Perspective on Health Project, Canadian Policy Research Network, Background Paper, octobre 2000, sur internet : <http://www.cprn.org/doc.cfm?l=fr&doc=136>; H. L. Laframboise, « Health Policy: Breaking the Problem Down into More Manageable Segments », *Journal de l’Association médicale canadienne*, vol. 108 (3 février 1973) : pp. 388–393; thecanadianencyclopedia.com



Jean Rochon

Le père de la santé communautaire au Québec

Diplômé de l'Université de Montréal, de l'Université Laval et de l'Université Harvard en droit, médecine et santé publique, le D^r Jean Rochon est reconnu par plusieurs comme étant « le père de la santé communautaire au Québec. » Au début des années 70, il a exercé les fonctions de conseiller à la Commission Castonguay et de membre du Comité MacDonald, qui mena à la création de 32 services de santé communautaire au Québec en 1973. Il a exercé les fonctions de président de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux du gouvernement du Québec, qui a jeté les bases pour des initiatives de réformes reconnues internationalement. Le D^r Rochon a exercé les fonctions de directeur, Gestion du programme, de l'Organisation mondiale de la Santé et par la suite de directeur de la Division de la protection et la promotion de la santé au siège social de l'OMS à Genève.

(Sélection santé de l'ACSP, 1994)

Au début des années 1970, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux analysent toujours les 348 recommandations du groupe de travail national sur le coût des services de santé formé par les ministères fédéral et provinciaux de la Santé en 1968 afin de lancer une discussion générale avec les ministères de la Santé ainsi qu'avec les universités et les organismes non gouvernementaux, dont l'Association canadienne de santé publique. Ce groupe de travail propose un certain nombre de méthodes pour contrôler le coût des soins de santé, tandis qu'il est prévu que les dépenses

du gouvernement atteignent 6,2 milliards de dollars en 1972 (elles s'élevaient à 1,7 milliard de dollars en 1957). Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social demande au D^r John Hastings, expert en administration de la santé de l'Université de Toronto, d'effectuer une étude sur les centres de santé communautaires qui recommande la mise en place de centres de santé communautaires « accessibles et bien administrés » pour mettre à disposition plus efficacement les ressources, mais seule la province du Québec prend des mesures pour intégrer la prestation des services de santé et des services sociaux. Un système provincial de CLSC (centres locaux de services communautaires) est créé entre 1973 et 1976 et met l'accent sur les services de santé communautaires, mais l'opposition de la profession médicale à cette initiative dissuade les autres provinces d'adopter cette approche².

Au milieu des années 1970, le premier ministre Pierre Trudeau instaure des mesures de contrôle des salaires et des prix, et l'augmentation des prix du pétrole provoque un ralentissement de l'économie mondiale, tandis que l'inflation et le chômage continuent de grimper. Les modifications à la *Loi sur les accords fiscaux*



La cigarette : un piège dangereux

2 Musée canadien des civilisations, « L'Histoire des soins de santé au Canada, 1914-2007 », sur Internet : <http://www.civilization.ca/cmcc/exhibitions/hist/medicare/medic-6co4f.shtml>

entre le gouvernement fédéral et les provinces sur le financement des programmes établis sont adoptées en 1977 et marquent le passage d'un financement à coûts partagés à un financement global de la santé et de l'enseignement postsecondaire, avec des augmentations liées à la croissance du produit national brut. La pire récession depuis la Grande Crise commence en 1982 et la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 confirme la tendance à la réduction des dépenses fédérales de santé et la nécessité, pour le gouvernement, de trouver d'autres façons de garantir la santé et le bien-être des Canadiens.

Préoccupations environnementales

La salubrité de l'environnement est une préoccupation croissante, et des mesures de contrôle des émissions de gaz d'échappement et d'introduction progressive de l'essence sans plomb sont mises en place au début des années 1970, ce qui entraîne peu à peu, au cours de cette décennie, une baisse des substances toxiques provenant des véhicules et contenues dans l'air. La Commission mixte internationale du Canada et des États-Unis indique, en 1982, que les pluies acides constituent l'un des fléaux les plus graves qui s'abattent sur l'Amérique du Nord, tandis que la diminution de la couche d'ozone, l'effet de serre produit par le dioxyde de carbone dans l'atmosphère, les déchets industriels et agricoles, les isolants à base d'urée formaldéhyde et la pollution de l'air deviennent des enjeux importants au Canada³.

Les membres de l'Association canadienne de santé publique réclament un effort commun

3 <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1ARTF0000409>



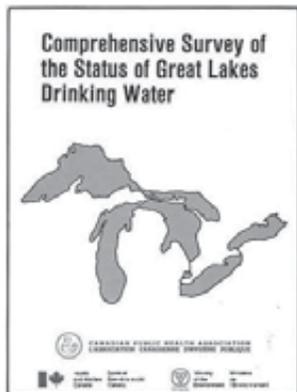
John E.F. Hastings

Une influence indélébile dans la mise en place des services de soins de santé communautaires

D^r John E.F. Hastings consacre sa carrière distinguée à la promotion des services de santé communautaires et à titre d'éducateur chevronné dans ce domaine. À bien des égards, il fait fructifier l'héritage en matière de santé publique qu'il a laissé son arrière-oncle, le D^r Charles Hastings (médecin hygiéniste de Toronto de 1910 à 1929). John Hastings a été chargé de cours à la School of Hygiene de l'Université de Toronto, et y enseigne pendant 36 années. En 1965, il rédige le rapport de la Commission royale Hall sur les services de santé, formulant notamment diverses recommandations pour l'organisation de services de santé communautaires au Canada. En s'inspirant de ces travaux, il produit un rapport éponyme en 1971-1972 dans le cadre d'un mandat qui lui est confié à cet égard par la Conférence des ministres de la Santé. D^r Hastings participe également à divers projets d'envergure nationale et internationale. Il a été doyen adjoint fondateur de la section de santé communautaire au sein de la faculté de médecine de l'Université de Toronto et a été l'un des principaux instigateurs du remplacement des programmes d'études de premier cycle en santé communautaire par des programmes menant à une maîtrise en Sciences de la santé.

(Sélection santé de l'ACSP, vol. 16, n^o 3, automne 1992)

afin d'établir des normes réalistes de contrôle environnemental assorties de règlements exécutoires, de programmes de recherche environnementale plus détaillés et d'une meilleure information du public sur les



règlements environnementaux du gouvernement. La *Revue canadienne de santé publique* multiplie ses articles sur les questions environnementales, comme la contamination par le plomb et l'amiante, le

DDT et les résidus pesticides, et sur les études de risque fédérales sur la santé environnementale. L'Association canadienne de santé publique parraine également, en collaboration avec la Direction générale de la protection de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, la première conférence nationale sur la qualité des eaux utilisées à des fins récréatives et la santé humaine en 1983, puis mène une étude exhaustive sur l'état de l'eau potable des Grands Lacs pour le compte du gouvernement fédéral⁴.

Sécurité automobile

En plus de se pencher sur les effets des émissions de gaz d'échappement, les gouvernements commencent à mettre en place des règlements pour améliorer la sécurité automobile. La *Loi sur la sécurité automobile* de 1971, qui s'appuie sur une loi américaine similaire, est la première loi canadienne visant à réduire le nombre de blessés et de morts sur les routes. Au début des années 1970, Transports Canada impose l'installation de ceintures de sécurité dans tous les véhicules automobiles neufs, et

4 « 1986 : L'étude de l'ACSP sur la condition de l'eau potable des Grands lacs fait la une des journaux », *Sélection santé ACSP*, vol. 10 (novembre 1986)



Monique Bégin

Déposition de la Loi canadienne sur la santé

L'honorable Monique Bégin est née à Rome, en Italie en 1936. Au début de sa carrière, elle s'est distinguée en tant que secrétaire générale exécutive de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme qui a été publiée en 1970. Sociologue de formation, M^{me} Bégin a été élue à la Chambre des Communes à Ottawa en 1972 et a occupé le poste de ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de 1977 à 1984. Pendant cette période, M^{me} Bégin a augmenté le Supplément de revenu garanti des retraités dans le besoin à deux reprises; elle a cautionné la Loi sur le crédit d'impôt pour enfants; elle a renforcé le régime d'assurance-maladie dans l'ensemble de la Loi canadienne sur la santé de 1984; elle a amorcé une réforme des pensions privées; elle a obtenu des augmentations substantielles pour la recherche médicale, elle a prôné une politique de transfert des responsabilités des services de santé aux autochtones et a mis sur place le Programme de carrières pour les Indiens et les Inuits dans le domaine de la santé.

(http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_01bk3-fra.php)

d'autres normes de sécurité nord-américaines conduisent à une modification significative de la conception des véhicules, ce qui donne des résultats remarquables. Dans les années 1970, plus de 6 000 Canadiens meurent chaque année dans un accident de voiture, un taux qui, depuis, a réduit de près de 50 %, bien qu'il y ait aujourd'hui plus d'automobilistes et de voitures sur les routes. En 1976, l'Ontario devient la

première province canadienne à imposer le port obligatoire de la ceinture, et les autres provinces et territoires finissent par suivre l'exemple. Les campagnes de sensibilisation publique sur le port de la ceinture constituent aussi un élément important de ce qui est maintenant connu sous le nom de « marketing social ». Les campagnes contre l'alcoolisme au volant se multiplient également au cours des années 1970 et 1980. La police est en mesure de prélever des échantillons d'haleine avec un alcootest quand elle a des raisons de soupçonner la présence d'alcool dans le corps de l'automobiliste, et des groupes provinciaux de lutte contre l'alcoolisme au volant commencent à se former dans les années 1980⁵.

Activité physique

La promotion de la santé par l'activité physique constitue un véritable succès de marketing social au Canada pendant cette période. Dans le passé, la promotion de la condition physique par le gouvernement était motivée par les intérêts militaires. En 1909, le gouvernement fédéral a donné des fonds aux provinces par l'intermédiaire du fonds Strathcona Trust pour intégrer des cours d'activité physique dans les programmes d'instruction des cadets dans les écoles. La *Loi sur l'aptitude physique nationale* de 1943 est édictée en réponse au mauvais état de santé des recrues militaires et prévoit l'octroi de subventions aux provinces pour appuyer

5 L. Evans, *Traffic Safety*, 2004, Science Serving Society, Bloomfield, Michigan; *Opinion sur la ceinture de sécurité*, Transports Canada, TP 14646 F, mars 2007; sur internet : http://www.tc.gc.ca/media/documents/securiteroutiere/lacom_s.pdf; *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008, sur Internet* : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphorsphc-respeacsp/cphorsphc-respeacsp05b-fra.php>; <http://archives.cbc.ca/lifestyle/living/topics/1754-12047/>



Russ Kisby

Promotion de la santé grâce au programme ParticipACTION

Russ Kisby a travaillé ardemment et brillamment au service de la promotion de la santé et de la santé publique pendant 20 années à titre de chef de file du programme ParticipACTION, une initiative novatrice pour la promotion de la santé. M. Kisby est l'instigateur du Défi CrownVie participACTION, le plus vaste événement participatif communautaire au Canada, partageant son expertise en promotion de la santé et en marketing social avec plus de 150 organismes professionnels et communautaires. Il est né en milieu rural en Saskatchewan, et fait son bac en éducation physique à l'Université de la Saskatchewan. Il était directeur national du programme d'éducation physique pour YMCA Canada avant de se joindre à ParticipACTION dès l'année de son lancement.

(Sélection santé de l'ACSP, vol. 15, n° 3, automne 1991)

les initiatives locales d'éducation en matière de santé. Le gouvernement manifeste pour la première fois un intérêt plus vaste en édictant en 1961 la *Loi sur la condition physique et le sport amateur* après que le prince Philip, pendant une visite en provenance de Grande-Bretagne en 1959, reproche aux Canadiens leur style de vie sédentaire dans un discours devant l'Association médicale canadienne⁶.

ParticipACTION est créé en 1971 pour promouvoir la vie active des Canadiens, et des subventions fédérales de démarrage sont versées à ce pionnier du marketing social sans but lucratif. Mettant l'accent sur l'engagement

6 « Condition physique des Canadiens », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 74 (mai-juin 1983) : supplément, pp. 1–20



sur l'engagement collectif et le plaisir, cette campagne bénéficie d'une grande exposition médiatique et les partenaires d'entreprise apportent un financement égal ou supérieur à celui du gouvernement. Le gouvernement fédéral continue de financer ParticipACTION pendant les 29 années suivantes, faisant ainsi de cette initiative la campagne de marketing relative à la santé publique nationale la plus longue du monde entier. ParticipACTION est une campagne nationale remarquablement réussie, et la comparaison du niveau de condition physique d'un Canadien de 30 ans avec celui d'un Suédois de 60 ans marque beaucoup d'esprits⁷.

Une conférence nationale sur la santé et l'excellence physique a lieu en 1972, et, en 1976, l'Association canadienne de santé publique crée une trousse sur l'activité physique ainsi qu'un test physique auto-administré canadien et les distribue dans tout le pays. La *Revue canadienne de santé publique* publie les résultats de recherches de plu en plus nombreuses sur les avantages, en matière de santé, de l'activité physique et des programmes de condition physique au travail dans le cadre d'une initiative de santé publique plus générale en protection de la santé au travail.



Sélection santé ACSP, 1981

7 P. Edwards, « No Country Mouse, Thirty Years of Effective Marketing and Health Communications », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95 (S2); A. Bauman, J. Madill, C. Craig, A. Salmon, « ParticipACTION, This Mouse Roared, But Did It Get the Cheese? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95 (S2) : pp. S14–18



Cortlandt J.G. Mackenzie

*Expert en médecine
communautaire et en matière
de pollution environnementale*

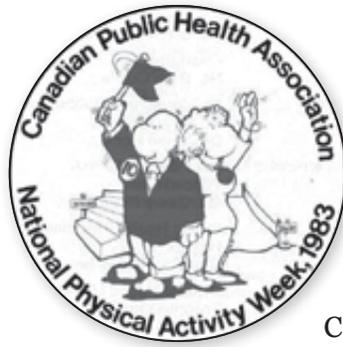
D^r Cortlandt John Gordon Mackenzie est l'un des fondateurs de l'Association de la planification familiale en Colombie-Britannique, y agissant notamment à titre de président et d'expert-conseil médical. Il est également directeur général et vice-président de la Fédération des associations de planification familiale du Canada, de 1970 à 1974. Le D^r Mackenzie s'intéresse activement aux enjeux en matière de santé environnementale tant en Colombie-Britannique qu'ailleurs au pays. Il siège au Conseil de lutte contre la pollution de la Colombie-Britannique dès 1967, y agissant à titre de président de 1977 à 1982. Son expertise en matière de pollution environnementale est notamment reconnue par l'Association canadienne de santé publique, celle-ci lui confiant le mandat de présider le Groupe d'experts sur l'arsenic, à Yellowknife en 1977.

(*Sélection santé de l'ACSP*, vol. 12, n^o 4, août 1986)

L'Enquête nationale sur l'alimentation, menée de 1970 à 1972, indique également que l'inactivité physique représente un risque de santé pour les Canadiens. L'Enquête examine la prévalence des maladies d'origine nutritionnelle ainsi que les habitudes alimentaires et montre une évolution dans la collecte des données sur la santé des Canadiens en faisant des sondages téléphoniques pour obtenir des données sur l'utilisation des soins de santé, l'état de santé des Canadiens et une grande variété de déterminants de la santé.

L'Enquête santé Canada de 1978-1979 recueille des données sur les habitudes liées au style de vie et à l'activité physique de la population, et, bien

que les restrictions budgétaires entraînent son interruption au bout d'un an, cette enquête influence bien d'autres études subséquentes. En 1981, l'Association canadienne de santé publique participe à l'Enquête condition physique Canada afin d'étudier les habitudes physiques



Semaine nationale
de l'activité
physique, 1983

récréatives, la condition physique et l'état de santé des Canadiens, et crée le Secrétariat de la condition physique parrainé par Condition physique Canada.

Personnes handicapées

L'intérêt du Canada pour la condition physique porte aussi sur les enjeux des personnes handicapées. En 1981, un comité parlementaire spécial sur les invalides et les handicapés publie un rapport recommandant au gouvernement fédéral de demander à Statistique Canada d'élaborer une stratégie à long terme pour la collecte de données sur les personnes handicapées au Canada. En conséquence, une enquête sur la santé et l'invalidité au Canada est lancée en 1983-1984 pour établir les natures, les causes et les effets des handicaps dans la population.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) déclare l'année 1981 « Année internationale des personnes handicapées », un an après que Terry Fox, jeune homme de 21 ans ayant perdu une jambe à la suite d'un cancer, lance le Marathon de l'Espoir dans tout le Canada en 1980 en faveur de la recherche contre cette maladie. Les désignations internationales et les slogans marquent cette période et jouent un rôle essentiel pour modifier les attitudes, définir les priorités gouvernementales et fournir les lois-cadres essentielles pour que les individus concentrent leurs ressources⁸.

Elizabeth MacKinnon Lambie

Une chef de file dans le domaine de la nutrition

M^{me} Elizabeth MacKinnon Lambie est une chef de file en matière de nutrition au pays qui a influencé considérablement la politique et les programmes de santé publique au Canada. Tout au long de sa carrière professionnelle à titre de travailleuse de la santé et de formatrice en matière de nutrition, son engagement envers ces deux disciplines ne fut rien de moins qu'exemplaire. Elle est la première personne à occuper le poste de nutritionniste en santé publique auprès du Service de santé et de bien-être de la Ville de Halifax; en outre, elle agit à titre de nutritionniste en santé publique au service de la province de Nouvelle-Écosse, en plus de sa charge de cours d'enseignement de la nutrition à la faculté de médecine et à l'école des soins infirmiers de l'Université Dalhousie. Elle donne des cours en nutrition humaine, sur le rôle de la nutrition dans la promotion de la santé et le développement communautaire, et sur les facteurs déterminants économiques, sociaux et physiques des habitudes d'alimentation.

(Sélection santé de l'ACSP, vol. 21 n^o 2, été 1997)

Sélection santé ACSP, 1983

8 Neil A. Croll, « Infection: Patterns and Trends in International Health », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 72 (septembre-octobre 1981) : p. 300

Maladies chroniques

Le cancer est un problème de santé publique croissant dans les années 1970 et 1980 à cause de l'augmentation de cas de types divers dus à l'allongement de la durée de vie moyenne des Canadiens. La Société canadienne du cancer lance une campagne exclusive pour promouvoir l'auto-examen des seins au milieu des années 1970, et des publicités d'une page complète sont publiées dans la *Revue canadienne de santé publique* pour montrer aux femmes comment procéder. La Société canadienne du cancer parraine aussi des cliniques, par l'intermédiaire de services de santé locaux et d'associations d'infirmières, où l'on indique aux femmes comment reconnaître les symptômes de cancer du sein. Ces cliniques sont très fréquentées, mais on s'inquiète du faible taux de femmes qui effectuent les examens, et on se demande si ceux-ci sont effectués de façon adéquate, si leur fréquence est suffisante et si les médecins sont suffisamment mobilisés⁹.

Des positions plus rigides

Les membres de l'Association canadienne de santé publique adoptent une position plus rigide concernant de nombreux énoncés de politique et insistent pour que l'avortement ne soit plus mentionné dans le *Code criminel*. Des articles de la *Revue canadienne de santé publique* plaident pour un accès plus équitable aux services de planification familiale, tandis que le nombre d'avortements déclarés, qui ont été légalisés dans des limites strictes imposées par les comités hospitaliers, passe de 542 en 1969

9 Cornelia J. Baines, « Some Thoughts on Why Women Don't Do Breast Self-Examination », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 128 (1^{er} février 1983) : pp. 255–256



Len Hiebert

Inspecteur sanitaire dévoué et rédacteur en chef de la revue Environmental Health Review

Né à Winkler, au Manitoba, Jacob Lenard Hiebert a grandi en Alberta. En 1945, on lui décerne le matricule 359 à titre d'inspecteur sanitaire et entame alors une carrière longue et fructueuse en santé publique. M. Hiebert estimait que le travail d'un inspecteur sanitaire ne pouvait connaître aucun répit, et il avait pour adage « on va vous garder en santé, même si vous deviez en mourir ! Il occupe le poste d'inspecteur en chef dans plusieurs communautés de la Colombie-Britannique et est très actif dans la division de la Colombie-Britannique de l'Institut canadien des inspecteurs en hygiène publique. En 1971, M. Hiebert est nommé rédacteur en chef de la revue nationale publiée par l'ICIHP, connue alors sous le vocable *The Canadian Sanitarian*; il lui donne un souffle nouveau et recommande que la revue soit dorénavant baptisée *Environmental Health Review*, une appellation fort à propos et pour laquelle il devient un véritable « homme-orchestre ».

(Tim Roark, historien, Institut canadien des inspecteurs en hygiène publique, 2009)

à 11 152 en 1970 puis à 39 500 en 1972. En 1973, le D^r Henry Morgentaler est acquitté pour avoir pratiqué des avortements illégaux, ce qui représente, à cette période, le premier cas d'une série de poursuites pénales infructueuses qui prend fin en 1988 lorsque la Cour suprême du Canada décrète le caractère inconstitutionnel de la loi en vigueur contre l'avortement¹⁰.

10 Cope W. Schwenger, « Abortion in Canada as a Public Health Problem and as a Community Health Measure », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 64 (mai-juin 1973) : pp. 223–230

En 1971, Geneva Lewis, présidente de l'Association canadienne de santé publique, explique que l'association s'efforce de se prononcer sur l'éventail complet des questions qui ont trait à la santé du public et de jouer un rôle plus actif dans les processus politiques tout en promettant une réorientation intellectuelle. Le comité des méthodes d'hygiène publique de l'Association s'engage aussi à lutter pour obtenir une part plus importante du budget, armé de faits et de chiffres et d'une aptitude à parler aux planificateurs et aux politiciens dans leur propre langue¹¹.

En 1972, un comité est chargé d'étudier une proposition pour rebaptiser l'Association canadienne de santé publique. Certains membres pensent en effet qu'un nouveau nom, comme « association canadienne de la santé », inciterait davantage de personnes à y participer et que l'Association devrait être une organisation moins professionnelle. Toutefois, une majorité de membres rejettent cette idée ainsi que le nouveau nom, et les associations provinciales montrent peu d'enthousiasme à l'idée de supprimer les mots « santé publique » dans le titre de leur organisme¹².

L'Association canadienne de santé publique transfère ses bureaux de Toronto à Ottawa en 1973 pour renforcer son importance nationale, influencer sur les politiques et travailler en partenariat avec d'autres organisations et



Gerry Dafoe

Plus de 30 ans de vision et de direction à l'ACSP

Gerry Dafoe remplit les fonctions de directeur général de l'Association canadienne de santé publique de 1973 à 2003 et de rédacteur en chef de la *Revue canadienne de santé publique* et de *Sélection santé de l'ACSP*. Au cours des 30 ans sous sa direction, l'ACSP s'est hissée au rang d'un organisme d'envergure nationale et internationale très respecté pour sa contribution au domaine de la santé publique. L'ACSP a mis en œuvre des centaines de projets au cours de son mandat dans des secteurs tels que la santé environnementale, la santé physique et le style de vie, la nutrition, l'éducation et la sensibilisation relativement au SIDA, l'alphabétisme et la santé, les ressources didactiques sur la prescription et la non-prescription des médicaments, les programmes de santé aux Autochtones, la réforme du système de santé, la santé des enfants, l'éducation en matière de vaccination et la planification des ressources humaines. L'ACSP était également active pour entreprendre des recherches et élaborer des politiques. Après avoir quitté l'ACSP, M. Dafoe a occupé le poste de conseiller l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement.

(*Sélection santé de l'ACSP*, vol. 28, n° 2, été 2004)

organismes nationaux et internationaux. Le Dr Andrew Sherrington devient le rédacteur en chef de la *Revue* et Gerald H. Dafoe devient le nouveau directeur général de l'association. Dafoe possède une maîtrise en administration de la santé. Inspecteur-hygiéniste certifié, il

11 Geneva Lewis, « Report of the President », *The Canadian Public Health Association, Annual Report, 1970–1971* (Toronto: CPHA, 1971), p. 2; C. D. Noble, « Executive Director's Column », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 62 (mai-juin 1971) : p. 253

12 C. D. Noble, « The 63rd Annual Meeting: Executive Director's Column », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 63 (juillet-août 1972) : pp. 366–367; Donald C. F. Moors, « Keep Public Health: Letters to the Editor », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 64 (janvier-février 1973) : p. 111; « Santé publique ou communautaire? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 64 (mars-avril 1973) : pp. 117–118

travaillait auparavant pour le ministère de la Santé de l'Ontario, et l'Association traversera une immense période de développement et de croissance au cours des trente années de service où il occupera les fonctions de directeur général.

Le rapport Lalonde

Le document intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* est présenté à la Chambre des communes le 1^{er} mai 1974 par Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Ce document de travail est élaboré par un groupe de réflexion indépendant créé en 1971 au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social sous l'égide d'Hubert Laframboise. Il suscite tout d'abord une attention limitée et des réactions partagées au Canada, mais a un retentissement immédiat sur le plan international, où son approche équilibrée en matière d'analyse des problèmes de santé majeurs et de recherche des causes premières suscite beaucoup de discussions. Ce rapport décrit la conception globale de la santé, un outil analytique qui considère la biologie humaine, l'environnement et le style de vie comme des facteurs importants pour la santé et le système de soins de santé. Les États-Unis, la Grande-Bretagne et la Suède utilisent l'outil de conception globale de la santé pour évaluer leur système de santé et établir des approches plus générales en matière de promotion de la santé¹³.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social crée, en 1978, une nouvelle Direction de la

13 McKay, « Making the Lalonde Report »; Laframboise, « Health Policy: Breaking the Problem Down into More Manageable Segments », pp. 388–393; Musée canadien des civilisations, « L'histoire des soins de santé au Canada, 1914–2007 », sur Internet : <http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-6c04f.shtml>



M. Josephine Flaherty

Solide leadership en matière de services infirmiers et source d'inspiration pour les infirmières au Canada

D^{re} M. Josephine Flaherty est née à Toronto. Au début de sa carrière, elle remplit les fonctions d'infirmière en chef d'un avant-poste de la Croix-Rouge dans le Nord où elle intervient en santé communautaire générale, en soins infirmiers scolaires, en soins des patients et des familles à domicile et en soins de santé au travail dans plusieurs mines et camps forestiers. Lorsqu'elle rentre à Toronto, elle travaille pendant plusieurs années comme infirmière générale en chef et assistante de recherche à St. Michael's Hospital. Ensuite, elle travaille doyenne des sciences infirmières au sein de la faculté de l'Université de Western Ontario. En 1977, elle est nommée infirmière principale au ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada. Elle écrit énormément sur les soins infirmiers, les soins de santé, l'éthique et l'enseignement; elle coécrit notamment *Nursing Ethics—Theories and Pragmatics*. M^{me} Flaherty est source d'inspiration pour les infirmières en général et les infirmières hygiénistes en particulier partout au Canada.

(*Sélection santé de l'ACSP*, vol. 6, n^o 2, avril 1982)

promotion de la santé, dirigée par Ron Draper. Celle-ci élabore des politiques et des programmes de santé qui mettent l'accent sur le changement des comportements individuels, qui est la stratégie la plus efficace pour améliorer la santé. Inspirée par un nouvel objectif et une nouvelle raison d'être, l'Association canadienne de santé publique travaille de façon constructive avec la Direction et d'autres ministères fédéraux pour

établir des priorités et des programmes visant à réduire les risques pour la santé des Canadiens. Le rapport Lalonde entraîne une approche plus générale en matière de santé publique et assigne à la promotion de la santé une visée plus forte, bien que certains pensent qu'en mettant l'accent sur la responsabilité personnelle en matière de choix de vie, on tend à blâmer la victime et à ignorer les contextes sociaux, économiques et politiques dans lesquels elle évolue¹⁴.

Le décès de Robert D. Defries en 1975 marque la fin d'une époque. L'École d'hygiène de l'Université de Toronto qu'il a créée ferme ses portes le 30 juin 1975 et rouvre le lendemain sous le nom de Division de la médecine communautaire de la Faculté de médecine. Un rapport de la *Revue canadienne de santé publique* déclare que la nouvelle division représente le point culminant de plusieurs années d'une prise en compte scrupuleuse des besoins, actuels et futurs, de la communauté, des ressources requises pour combler ces besoins et des structures organisationnelles les plus efficaces pour exploiter et utiliser les ressources de l'Université de Toronto afin de satisfaire ces besoins¹⁵.

Réduire les coûts de santé en se penchant sur la promotion de la santé ne sera pas une tâche facile. Toutefois, en 1976, Kenneth Benson, président de l'Association canadienne de santé publique, met en ces termes ses interlocuteurs en garde : « nous en sommes toujours – autant aujourd'hui qu'il y a des années – à dépenser des millions inutiles

à traiter des maladies que l'on pourrait prévenir tout en continuant à donner des cops d'encensoir (mais en ignorant) la prévention en tant que telle ». Les coûts d'une mauvaise alimentation, des risques au travail, des soins maternels et infantiles inadéquats et des blessures évitables sont « à perdre l'esprit », et Benson indique que les membres de l'Association doivent être plus nombreux et plus diversifiés et que l'Association doit entretenir des liens plus étroits avec le secteur privé et les consommateurs et défendre plus fortement les intérêts particuliers, sur le plan provincial et fédéral¹⁶.

Élargissement des intérêts

À partir des années 1970, dans de nombreuses universités canadiennes, on voit naître de plus en plus de programmes d'études supérieures en santé publique qui fournissent une formation avancée en sciences et en pratiques de la santé publique jusqu'à la maîtrise, et dans certains cas jusqu'au doctorat. La plupart de ces programmes sont mis en œuvre en partenariat avec des facultés de médecine ou des écoles d'infirmières et quelques-uns d'entre eux sont des programmes indépendants.

Tandis que l'Association canadienne de santé publique continue son expansion, la section des Territoires du Nord-Ouest de l'association est créée en 1976, ce qui permet à l'Association de s'exprimer sur les questions de santé dans le Nord canadien. Les membres de l'Association considèrent en effet qu'il faut encourager et appuyer la participation des Autochtones aux activités de l'association.

14 A. Robertson, « Shifting Discourses on Health in Canada: From Health Promotion to Population Health », *Health Promotion International*, vol. 13 n° 2, 1998, pp. 155–166

15 « Obituary: Robert Davies Defries », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 66 (novembre-décembre 1975) : pp. 510-512; G.H. Beaton, « Community Health: A New Approach in the University of Toronto », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 65 (novembre-décembre 1974) : pp. 463–466

16 Kenneth Benson, « Editorial », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 67 (juillet-août 1976) : pp. 273–274



John M. Last

Professeur d'épidémiologie et de médecine communautaire

Né en Australie, John Last fait ses études en médecine à l'Université d'Adelaide et y décroche son doctorat en 1949. Il a enseigné à l'Université de Sydney, en Australie, du Vermont, aux États-Unis, et d'Édimbourg, en Écosse, avant de se joindre au corps professoral de l'Université d'Ottawa, y enseignant l'épidémiologie et la médecine communautaire. Il est l'auteur ou le corédacteur de plusieurs ouvrages, articles et rapports pour des agences nationales et internationales. Il est le rédacteur en chef scientifique de la *Revue canadienne de santé publique* de 1981 à 1991, et le rédacteur en chef des *Annales du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada* de 1990 à 1998 et le rédacteur en chef intérimaire du *American Journal of Preventive Medicine* de 1988 à 1989. Il est l'auteur de *Public Health and Human Ecology* et du *Dictionary of Public Health* et est rédacteur en chef de quatre éditions du *Dictionary of Epidemiology* qui est utilisé par les épidémiologistes partout au monde. Le Dr Last a dirigé les travaux de l'Association internationale d'épidémiologie visant à élaborer des lignes directrices sur l'éthique de la recherche, de la pratique et de l'enseignement de l'épidémiologie.

(*Sélection santé de l'ACSP*, vol. 30, n° 2, été 2006)

L'Association canadienne de santé publique élargit également ses activités de publication grâce à des comptes rendus de recherche, à des suppléments spéciaux de la *Revue canadienne de santé publique* et au lancement d'un nouveau

bulletin trimestriel. Le Dr John M. Last est nommé rédacteur en chef de la *Revue* en 1981; il possède une vaste perspective internationale, une expérience en épidémiologie et en médecine communautaire ainsi qu'une aptitude à animer les débats. La qualité et le nombre des articles soumis augmentent régulièrement, et Last rédige la plupart des principaux éditoriaux, y compris un article déplorant la situation intolérable des Autochtones du Canada quant à leur mauvais état de santé. Last remarque que la nature des textes sur la santé des Autochtones a légèrement changé; nous reconnaissons maintenant plus clairement qu'il faut permettre aux communautés d'être responsables et autonomes sur le plan local et abandonner le point de vue paternaliste qui caractérise les époques passées¹⁷.

Les conclusions d'une commission dirigée par le juge Thomas Berger au milieu des années 1970 visant à examiner les effets de l'installation proposée d'un pipeline d'hydrocarbures dans les Territoires du Nord-Ouest témoignent de cette défense plus virulente des Autochtones. Après des pressions concertées par les chefs autochtones soucieux de l'environnement et de la violation de leurs droits fonciers, le projet de pipeline est abandonné. Les droits des Autochtones sont aussi renforcés par la *Loi constitutionnelle* de 1982 et la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui reconnaissent les Métis comme un peuple autochtone distinct et redonnent le statut d'Indien aux femmes qui ont été privées de leurs droits en vertu de la *Loi sur les Indiens* après s'être mariées à des personnes non autochtones.

17 John M. Last, « Health of Native Canadians: Its Relevance to World Health », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 73 (septembre-octobre 1982) : pp. 297–298

Les chercheurs commencent à aborder les questions de santé publique dans les populations autochtones en collaborant de façon plus étroite avec celles-ci et en travaillant au sein de leur environnement culturel. Ils mènent également des études plus larges sur l'alimentation des nourrissons et des enfants et les besoins généraux de santé, ainsi que des analyses plus détaillées et à long terme des tendances liées à la mortalité infantile et à la mortalité générale, en particulier dans les réserves. Les taux de mortalité infantile des Autochtones sont supérieurs d'un tiers au taux national, et, parmi les adultes, les risques relatifs à toutes les formes d'accident et à la violence, au diabète et à la pneumonie sont élevés¹⁸.

Les conditions de santé des Canadiens autochtones sont souvent comparées à celles des pays en voie de développement, bien qu'un article de 1982 de la *Revue canadienne de santé publique* conteste cette vision. T. Kue Young, directeur médical de la zone de Sioux Lookout de la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être Canada, fait valoir que comparer l'état de santé et les ressources de soins médicaux dans le Nord aux conditions du Tiers-Monde est statistiquement trompeur et erroné. Sur le plan épidémiologique, à partir du milieu des années 1960, la population autochtone du Nord ne répond plus aux



Jean Goodwill

Première autochtone diplômée en sciences infirmières au Canada

M^{me} Jean Goodwill est une pionnière des soins de santé en milieu autochtone. Crie des plaines de la Première nation Little Pine établie près de North Battleford, en Saskatchewan, elle obtient son diplôme en sciences infirmières à Prince-Albert et est embauchée ensuite à l'Hôpital des Indiens à Fort Qu'Appelle. Par la suite, elle devient directrice des soins infirmiers au poste de soins infirmiers de La Ronge, une expérience qui la sensibilise aux piètres conditions sanitaires des Autochtones. Pendant ses quelque 20 années au service du gouvernement fédéral, elle a participé à l'élaboration de politiques sociales et sanitaires à l'intention des peuples autochtones. M^{me} Goodwill a contribué à la fondation de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, y agissant à titre de présidente pendant sept ans. Alors qu'elle siège au conseil d'administration de l'ACSP, elle met en relief les enjeux liés à la santé des Autochtones et propose des moyens visant à susciter le choix d'une carrière chez les jeunes autochtones dans le domaine de la santé.

(*Sélection santé de l'ACSP*, vol. 24, n^o 4, hiver 2000)

tendances caractéristiques des pays en voie de développement tandis que les principaux défis en matière de santé posés par les maladies infectieuses laissent place aux enjeux de santé socioéconomiques et communautaires liés à la perturbation sociale et à la violence issue de la consommation d'alcool et de l'abus de drogues.

18 O. Schaefer et D. W. Spady, « Changing Trends in Infant Feeding Patterns in the Northwest Territories, 1973–1979 », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 73 (septembre-octobre 1982) : pp. 304–309; S. E. Evers et C. G. Rand, « Morbidity in Canadian Indian and Non-Indian Children in the Second Year », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 74 (mai-juin 1983) : pp. 191–194; B. Postl, « Native Health: A Continuing Concern », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 77 (juillet-août 1986) : pp. 253–254; Y. Mao, H. Morrison, R. Semenciw et D. Wigle, « Mortality on Canadian Indian Reserves, 1977–1982 », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 77 (juillet-août 1986) : pp. 263–268

Toutefois, Young prie la communauté de la santé publique de ne pas se féliciter des progrès réalisés dans le Nord canadien indiquant qu'il faut résoudre les disparités socioéconomiques qui entraînent un écart considérable entre les Canadiens du Nord et ceux du Sud¹⁹.

Tabac

En ce qui a trait aux modes de vie sains, il faut s'attaquer avant tout au tabagisme élevé des Canadiens pour réduire les taux de décès et de maladies dus au cancer, aux maladies cardiaques et aux accidents vasculaires cérébraux. Les enfants scolarisés continuent de commencer à fumer, malgré des efforts de sensibilisation constants en matière de santé. Toutefois, la tendance à l'abaissement de l'âge de la première cigarette que l'on avait constatée avant 1973 commence à s'inverser. De nombreuses études sur l'attitude des fumeurs et du grand public, effectuées à la fin des années 1970, révèlent que le taux de tabagisme est constamment élevé, en particulier chez les adolescentes. La majorité des non-fumeurs est de plus en plus incommodée par la fumée exhalée par les fumeurs et, selon les conclusions d'une étude, il est clair que les politiciens sont trop timides pour édicter une loi visant au contrôle de l'accumulation de la fumée de cigarette dans les lieux publics²⁰.

19 T. Kue Young « Self-Perceived and Clinically Assessed Health Status of Indians in Northwestern Ontario: Analysis of a Health Survey », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 73 (juillet-août 1982) : pp. 272-277

20 F. R. Wake, A. C. Sparks et R. Ellis, « Urban-Rural Smoking Pattern in Grade 7 Children: The Implications for Health Education », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 68 (janvier-février 1977) : pp. 27-28; Gordon Mutter, « Smoking in the School Environment », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 69 (mai-juin 1978) : pp. 197-198; G. W. Piper, « Turning the Tide of Teenage Smoking », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 71 (mai-juin 1980) : pp. 161-162



Jill Christensen

Nutritionniste de premier plan et membre fondatrice de la Division des Territoires du Nord-Ouest de l'ACSP

Jill Christensen obtient son diplôme en nutrition de l'Université de Toronto et entame sa carrière dans les Territoires du Nord-Ouest en 1975 auprès de l'Ambulance St-Jean, mettant en place des cours de soins infirmiers à domicile puis enseignant cette formation dans les communautés inuites. Elle travaille également à titre d'experte-conseil en nutrition et en diététique auprès du ministère de la Santé et au poste de directrice de la diététique à l'hôpital Stanton, à Yellowknife, où elle a élaboré des lignes directrices en matière de nutrition pour les Territoires du Nord-Ouest. Elle assure en outre la coordination des campagnes de sensibilisation sur le VIH/sida et la lutte au tabagisme pour le compte de la Régie régionale de santé du McKenzie, et prépare les contenus de cours et enseigne des modules de nutrition au Collège de l'Arctique. M^{me} Christensen est également membre fondatrice de la Division des Territoires du Nord-Ouest de l'ACSP, établie en 1977 et devient présidente de cette division en 1979.

(*Sélection santé ACSP*, vol. 16, n^o 3, automne 1992)

Lors de la réunion annuelle de l'Association canadienne de santé publique en 1977 à Vancouver, après un toast à la reine, beaucoup de personnes sont surprises d'entendre le D^r Kenneth Benson, président de l'Association, déclarer aux participants qu'ils pouvaient fumer. Bon nombre de lettres envoyées au rédacteur en chef sont par la suite publiées dans la *Revue canadienne de santé publique*, soulignant la

contradiction de cette phrase avec les activités de lutte contre le tabagisme de l'Association. Benson explique que son commentaire est une douce réprimande adressée aux personnes qui avaient fumé avant le toast et se demande dans quelle mesure nous devons interférer avec le style de vie d'autrui. De nos jours, fumer lors d'une réunion annuelle surprend, et surtout lors d'une réunion sur la santé publique, mais, dans les années 1970, beaucoup de professionnels de la santé continuent de fumer tout en mettant les autres en garde des dangers du tabagisme. Comme l'indique un article de 1978 de la *Revue canadienne de santé publique*, les professionnels de la santé n'ont pas encore compris tout leur potentiel pour lutter contre ce problème de santé très important et évitable²¹.

Le Canada est accusé de traiter timidement la question du tabagisme et de la santé²². En 1972, l'Association canadienne de santé publique et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social parrainent alors une conférence nationale sur le tabagisme et la santé, qui entraîne un leadership plus solide et durable dans les initiatives de sensibilisation contre le tabac. Un nombre croissant d'études de recherche sur le tabac montrent, entre autres, les effets nocifs du tabagisme passif et du tabagisme des femmes enceintes sur le fœtus. Les chercheurs tentent également de calculer le coût du tabagisme pour

21 Kurt Baumgartner et E. Robert Langford, « You May Smoke Now: Letters to the Editor », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 68 (juillet-août 1977) : p. 344; K. I. G. Benson, « You May Smoke Now: Letters to the Editor », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 68 (septembre-octobre 1977) : p. 431; Cheryl Rosen et Mary Jane Ashley, « Smoking and the Health Professional: Recognition and Performance of Roles », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 69 (septembre-octobre 1978) : pp. 399-406

22 G. W. O. Moss, « The Second World Conference on Smoking and Health », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 62 (novembre-décembre 1971) : p. 540



John Blatherwick

Le moteur derrière la première interdiction de fumer sur le lieu de travail au Canada

Dr John Blatherwick était le médecin hygiéniste qui a travaillé le plus longtemps le Canada lorsqu'il a pris sa retraite en 2007. Pendant vingt-trois ans de ces années, il était médecin hygiéniste en chef à Vancouver Coastal Health et à la ville de Vancouver. Il était la force motrice d'un certain nombre d'importants programmes qui concernent les jeunes, les personnes handicapées, les personnes atteintes du SIDA, les personnes luttant contre la toxicomanie et la décision d'interdire de fumer en milieu de travail. « Notre plus grande réalisation était d'avoir créé le premier milieu de travail non-fumeur au Canada et un des premiers en Amérique du Nord. Je pense qu'aujourd'hui on le tient pour acquis, mais à l'époque cela restait révolutionnaire ». Il a été nommé président honoraire de La Fondation canadienne de l'hygiène du milieu et organe de la recherche de l'Institut canadien des inspecteurs de la santé publique.

(CPHA entrevue, juin 2009)

le système de santé canadien. Ils arrivent à une somme estimative de 5,1 milliards de dollars en 1979, ce qui engendre des pressions visant à rendre les mesures législatives plus agressives²³.

Une loi sur l'interdiction totale de la publicité sur les cigarettes est proposée en 1971, mais l'industrie du tabac accepte des directives

23 « Federal Legislation to Ban Cigarette Advertising », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 62 (septembre-octobre 1971) : pp. 366-367; « Selected Papers from the National Seminar on Smoking and Health », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 64 (mars-avril 1973) : Supplément; F. R. Wake, « Antismoking: Where Do We Go? » *Revue canadienne de santé publique*, vol. 64 (septembre-octobre 1973) : pp. 493-496

de publicité facultatives avant que cette loi soit débattue à la Chambre des communes. Un certain nombre d'administrations locales adoptent des règlements administratifs interdisant de fumer dans les magasins, les ascenseurs et les files d'attente, tandis que la *Charte canadienne des droits et libertés* augmente les pressions quant à la protection juridique des non-fumeurs contre le tabagisme passif dans les lieux publics. La *Loi sur la santé des non-fumeurs* de 1985 interdit la cigarette dans tous les immeubles et tous les lieux de travail du gouvernement fédéral, et une série de résolutions adoptées lors de la réunion annuelle de l'Association canadienne de santé publique de 1986 à Vancouver préconise une interdiction de la cigarette dans les espaces publics fermés, de la publicité sur le tabac et le parrainage des sociétés productrices de tabac²⁴.

Le tabagisme sera de plus en plus considéré comme une forme de déviance ou de comportement anormal, et le fumeur sera perçu comme un drogué pour lequel on doit prendre toutes les mesures possibles afin d'aider toutes les personnes qui souhaitent arrêter. Les nombreux facteurs sociaux qui incitent les enfants à fumer, comme la pression du groupe et le tabagisme des autres membres de la famille, font l'objet d'une plus grande attention²⁵.

24 Donald T. Wigle, « Forced Smoking », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 74 (juillet-août 1983) : pp. 231–232; Lorne Elkin Rozovsky et Fay Adrienne Rozovsky, « Public Health and the Charter of Rights », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 73 (mars-avril 1982) : pp. 86–87; Lorne Elkin Rozovsky et Fay Adrienne Rozovsky, « Dangerous' Products, Health and Law », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 73 (juillet-août 1982) : pp. 230–231; « Backgrounder: History of Smoke-free Legislation in Toronto », Toronto Public Health, sur Internet : <http://toronto.ca/health/smokefree>

25 John M. Last, « Smoking or Health », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 72 (novembre-décembre 1981) : pp. 366–367



Stephen J. Corber

Rôle moteur dans les programmes mondiaux de santé

Dr Stephen J. Corber exerce à titre de professionnel de la santé publique depuis plus de 30 ans. Il occupe le poste de médecin hygiéniste du Service de santé d'Ottawa-Carleton et le poste de directeur de la Division de prévention et de contrôle des maladies de l'Organisation panaméricaine de la santé. Ce programme OPS fournit une collaboration et une expertise technique pour la prévention et la lutte contre le VIH/sida et d'autres maladies transmissibles sexuellement en Amérique latine. Dr Corber contribue à la création des programmes mondiaux de santé de l'ACSP. Il occupe également le poste de rédacteur scientifique de la *Revue canadienne de santé publique* et occupe le poste de directeur de l'organisation sanitaire de la faculté sciences de la santé à l'Université Simon Fraser.

(Sélection Santé de l'ACSP, vol., n° 2008)

Maladies infectieuses

L'indifférence vis-à-vis des maladies infectieuses autrefois terrifiantes continue de croître, et les taux de vaccination peu élevés préoccupent les représentants de la santé publique. Les éclosions de rougeole à Saskatoon et à Calgary en 1974 et en 1975 mènent la *Revue canadienne de santé publique* à réclamer une campagne bien plus virulente pour que les parents se rendent compte encore une fois que la rougeole peut être une maladie dangereuse et que la vaccination peut l'éliminer²⁶.

26 Stanley Stead, « Measles in Saskatoon 1974–1975 », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 68 (mars-avril 1977) : pp. 136–140

À la veille des Jeux olympiques de 1976, à Montréal, on s'inquiète de l'importation potentielle de maladies infectieuses. Le Dr W. Harding Le Riche, président de la Division de médecine tropicale et de santé internationale de l'Association canadienne de santé publique, déclare dans un éditorial de la *Revue canadienne de santé publique* qu'« il serait facile de remédier » à chaque cas de choléra ou de typhoïde chez les étrangers qui se rendent au Canada, mais que les maladies infectieuses émergentes constituent une menace aux proportions inconnues. Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux doivent « cesser de ratiociner sur ce qu'ils feraient si des cas graves de maladie épidémique comme la peste, le typhus exanthématique, le choléra, la typhoïde ou même la variole étaient importés en grand nombre dans le pays »²⁷.

Le monde devient plus petit avec l'augmentation de la vitesse des transports et en particulier celle de l'avion. Le Canada et les États-Unis lancent une grande campagne de vaccination

contre la variole dans les années 1960, après qu'un Canadien soit revenu chez lui après avoir contracté la variole au Brésil. L'Organisation mondiale de la Santé lance une initiative mondiale d'éradication de la variole en 1967,

grâce à un financement important des États-Unis et à une participation massive du Canada. Le succès de cette initiative est officiellement déclaré le 8 mai 1980, et l'éradication mondiale de la variole constitue une réalisation importante en matière de santé publique²⁸.

La menace de maladies infectieuses nouvelles et émergentes suscite de nouveau l'attention du public quand une femme, de retour de ses vacances en Europe, débarque à l'aéroport international de Toronto le 2 août 1976 avec une maladie qui, selon le Center for Disease Control (CDC) des États-Unis, s'avère être la fièvre de Lassa. L'incident souligne le fait que le Canada doit mettre en place des diagnostics plus efficaces, un meilleur contrôle de l'exposition et des installations d'isolement de haute sécurité désignées. L'Ontario construit un laboratoire de niveau 4 au coût de 5,8 millions de dollars, mais, quand les habitants de Toronto s'opposent à ce projet, le laboratoire reste fermé et la province statue que ce bâtiment relève en réalité de la compétence fédérale. Ce n'est qu'en 1999 que des installations fédérales sont finalement ouvertes à Winnipeg, au Manitoba²⁹.

L'Université de Toronto vend les laboratoires Connaught à une société d'État fédérale en 1972, qui privatise ensuite l'organisme. En 1976, les laboratoires Connaught annoncent qu'ils n'assumeront plus les pertes financières liées à



Smith Pasteur Limitée (campus Connaught)

Smallpox and Its Eradication (Organisation mondiale de la Santé, 1986), p. 439



27 W. Harding Le Riche, « Les Jeux Olympiques de 1976 présentent-ils des risques pour la santé? Aspects particuliers des maladies contagieuses et immunisation », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 67 (janvier-février 1976) : pp. 7-8

28 Donald M. McLean, John R. Brown et J.S. Bell, « Variole in Toronto », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 87 (6 octobre 1962) : pp. 772-773

29 A. J. Clayton, « Lassa Fever, Margurg and Ebola Virus Diseases and Other Exotic Diseases: Is There a Risk to Canada? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 120 (20 janvier 1979) : pp. 146-155



Margaret Hilson

Militante la promotion de la santé et de la justice sociale à l'échelle internationale

Margaret Hilson a été directrice des programmes de santé à l'échelle internationale de l'ACSP pendant 22 ans, depuis 1985 lorsque l'ACSP a mis en place son secrétariat international de la santé. M^{me} Hilson l'une des principaux instigateurs qui ont amélioré la santé publique à l'échelle planétaire. Elle exerce les fonctions de présidente de la Fédération mondiale des associations de santé publique. Elle suit une formation en soins infirmiers et part en Inde avec le Service universitaire canadien outre-mer lorsqu'elle avait la vingtaine. « Cela a été un moment décisif pour moi, » dit-elle, « le fait de participer aux enjeux du développement international. Quand je me suis rendue pour la première fois en Inde, il m'est vite apparu que les disparités et les inégalités en soins de santé ne pouvaient être résolues dans le cadre du modèle de santé curative traditionnel. »

(Entretiens de l'ACSP, juin 2009)

l'accumulation de stocks d'urgence de vaccins et d'antitoxines, et il faut à présent dépendre de producteurs étrangers de vaccins et d'autres produits médicaux essentiels lors de situations d'urgence³⁰.

30 Ross Henderson, « Reliance on Foreign Drug Makers Leaves Canada Vulnerable in Crisis », *Globe and Mail* (3 septembre 1976) : p. 5; Paul A. Bator, *Within Reach of Everyone: A History of the University of Toronto School of Hygiene and Connaught Laboratories Limited, Volume II, 1955-1975* (Ottawa : Association canadienne de santé publique, 1995)

Nouvelle souche de grippe porcine

Les problèmes de production et le refus de couverture d'assurance responsabilité aux producteurs de vaccins américains suscitent un débat politique à Washington au cours de l'été 1976. En février 1976, une nouvelle souche du virus de grippe de type A, généralement appelée « grippe porcine », frappe 273 personnes parmi les 1 321 membres de l'armée à Fort Dix, dans le New Jersey. Craignant que cette souche soit liée au virus responsable de la pandémie de 1918-1919 et que les personnes jeunes et d'âge moyen soient peu immunisées ou pas du tout, les représentants des États-Unis et du Canada lancent des programmes d'immunisation contre la grippe. Il est toujours difficile de savoir à l'avance si l'écllosion de grippe sera généralisée afin de se préparer et de distribuer un vaccin, et cela permet de mettre en place une attaque préventive à grande échelle. En mars, Gerald Ford, président des États-Unis, approuve un plan inédit de 135 millions de dollars afin de vacciner toute la population américaine, c'est-à-dire comprend 220 millions d'habitants, avant le mois de novembre. Le Canada lance un programme plus ciblé qui vise les personnes victimes de maladie chronique et les personnes de plus de 65 ans, car les autorités sanitaires provinciales ne se montrent pas en faveur d'un plan visant à immuniser l'ensemble de la population, et l'OMS n'observe aucune apparition de la souche de grippe porcine dans le monde³¹.

31 A. B. Morrison, A. J. Liston et John D. Abbott, « Special Report: The Canadian Influenza Decision, 1976 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 115 (6 novembre 1976); « Killer Flu Virus Not Spreading », *Globe and Mail* (24 février 1976) : p. 12

Le CDC signale un petit risque accru de contracter le syndrome de Guillain-Barré après le vaccin contre la grippe porcine (lien qui, depuis, a été remis en question). La plupart des programmes provinciaux de vaccination sont interrompus lorsqu'on signale que huit personnes en Ontario ont contracté une forme de paralysie légère après avoir reçu le vaccin. Les autres doses de vaccins contre la fièvre porcine seront mises en réserve et ne seront jamais utilisées, et ce que les médias nomment le fiasco de la grippe porcine ternit de manière considérable et pour longtemps l'image des vaccins aux yeux du public. Afin de sensibiliser plus largement le public sur l'importance de la vaccination, l'Association canadienne de pédiatrie lance le premier Mois de l'immunisation annuel en octobre 1977, campagne similaire à celle qui a eu lieu dans les années 1940. Pour les producteurs de vaccins des États-Unis, les enjeux de l'expérience de la grippe porcine accélèrent un retrait de l'industrie qui avait commencé dans les années 1960³².

Le début des années 1980 est une période fructueuse dans le développement d'un grand nombre de nouveaux vaccins très purifiés s'appuyant sur la nouvelle technologie d'ADN recombiné qui cible des maladies comme la méningite, l'hépatite, la typhoïde, le choléra et la malaria. La prévention de la rougeole préoccupe particulièrement la communauté canadienne



Un des premiers et des plus performants vaccins de la nouvelle génération d'ADN recombinant mis au point dans les années 1980 visait à prévenir l'Hemophilus Influenza type B

Sanofi Pasteur Limitée (campus Connaught)

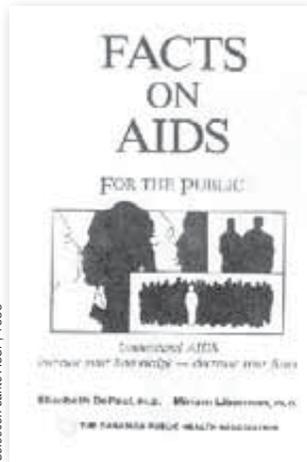
du milieu de la santé publique en raison d'éclotions de cette maladie dues au faible taux d'immunisation des enfants, pourtant souvent vaccinés contre la rougeole. En 1978, le nombre élevé de cas de rougeole en Amérique latine, des écarts entre les programmes de vaccination contre la rougeole au Canada et aux États-Unis, et les faibles taux de vaccination posent un danger, malgré un engagement du gouvernement des États-Unis d'éradiquer la rougeole en Amérique avant 1982³³.

Infections transmises sexuellement (ITS)

À la fin des années 1970, des formes de gonorrhée résistantes aux antibiotiques font qu'en 1979, on se demande, dans un éditorial de la *Revue canadienne de santé publique* pourquoi nos campagnes en matière d'infections transmises sexuellement ont donné jusqu'ici si peu de résultats tangibles. Il faut admirer l'intelligence évolutionnaire des ITS et leur volonté ingénieuse d'utiliser l'acte copulatif humain pour se propager et survivre. Les tabous, la superstition et l'ignorance générale persistent en ce qui a trait aux ITS, et les chercheurs ainsi que les représentants de la santé publique hésitent à s'attaquer à ce problème comme ils le feraient pour les autres maladies transmissibles. En janvier 1981, l'Association canadienne de santé publique crée une division des maladies transmises

32 Eve Drobot, « The Swine Flu Fiasco », *Globe and Mail: Weekend Magazine* (10 décembre 1977) : pp. 19–21; Brian Gory, « Flu Vaccine Wastes Away in Storage », *Globe and Mail* (30 septembre 1977) : p. 8

33 A. V. Seefried, « Canadian Association for Clinical Microbiology and Infectious Diseases: Report », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 71 (mars-avril 1980) : pp. 125–128



Jake Epp, ministre de la Santé, nomme l'ACSP comme partenaire en matière d'éducation et de sensibilisation dans le cadre d'une importante campagne sur le SIDA.

sexuellement (MTS) et parraine la première conférence nationale sur les maladies transmises sexuellement à Toronto

en novembre 1982, devenant un intervenant clé dans la redéfinition et l'élargissement des initiatives qui ont trait aux ITS³⁴.

Le SIDA est abordé lors de cette conférence nationale, tandis que le premier cas confirmé de cette maladie au Canada est signalé en 1982. Les médias la nomment « le fléau homosexuel », car elle se propage d'abord dans la communauté des hommes homosexuels d'Amérique du Nord. Des 14 cas de SIDA connus au Canada au moment de la conférence, aucun ne survivra plus de 20 mois. En 1982, plus de 600 cas sont signalés aux États-Unis; la couverture médiatique croissante suscite de plus en plus l'intérêt du public pour les ITS et entraîne des débats sur l'éducation sexuelle et l'offre de préservatifs dans les écoles.

Selon David Walters, directeur du Programme d'éducation et d'information sur le SIDA de l'Association canadienne de santé publique, le SIDA (le VIH, ou virus de l'immunodéficience humaine, est découvert en 1984) suscite tout d'abord une confusion fragmentée en matière de santé publique. Plusieurs facteurs clés limitent l'intervention de la santé publique canadienne par rapport au VIH ou au SIDA, comme la récession économique, le financement inadéquat

et sporadique de différentes directions générales du gouvernement, le manque de coordination des efforts au niveau des organismes locaux et bénévoles, la responsabilité diffuse en matière d'action, la réticence à agir en raison des tensions sociales entourant l'homosexualité, et les craintes de contagion. D'après Walters, il semble être dangereux de parler de l'homosexualité, des préservatifs et des seringues sur le plan national ou provincial. Cette réticence donne naissance à des messages lents et confus sur l'engagement

James Howell

Une contribution inestimable au développement de la médecine communautaire en Alberta

Le Dr James Howell a exercé la médecine et enseigné dans le domaine de la santé publique pendant plus d'une trentaine d'années. Il a consacré sa vie à la promotion et à la protection de la santé du public et sa contribution à l'essor de la santé publique en Alberta de manière inestimable. Il est l'auteur de nombreux articles et ouvrages en matière de santé publique et, durant sa pratique, il a veillé à la réalisation de plusieurs initiatives novatrices en santé publique, notamment l'établissement du Boyle McCauley Health Centre en 1979 et de divers programmes destinés à atténuer les inégalités en matière de santé, à juguler la pauvreté chez les enfants et à renforcer les collectivités. Depuis le début, le but du centre de santé était de prendre en compte l'ensemble de la personne et faire participer cette personne dans le processus de prise de décisions en ce qui concerne les soins qu'elle reçoit.

(Sélection santé ACSP, vol. 18, n° 2, 1994)

34 Alan Meltzer, « Sexually-Transmitted Diseases in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 70 (novembre-décembre 1979) : 366-370

nécessaire vis-à-vis des programmes de sensibilisation³⁵.

En 1986, le gouvernement fédéral annonce un financement de 6,6 millions de dollars de la recherche et la sensibilisation sur le SIDA pour l'année en cours, ainsi qu'une somme supplémentaire de 39 millions de dollars au cours des cinq années suivantes. Une partie de cette aide appuie le Programme d'éducation et d'information sur le SIDA dirigé par l'Association canadienne de santé publique, ce qui permet à l'Association de remplir un rôle de chef de file dans une campagne nationale contre le SIDA destinée au public et aux professionnels de la santé. Des scientifiques et des professionnels de la santé sont en mesure de rencontrer le grand public lors de tribunes scientifiques et publiques. L'Association distribue une brochure sur les faits relatifs au SIDA destinée au public et lance une campagne générale d'éducation et de sensibilisation.

Le message central de l'Association canadienne de santé publique présente le préservatif comme un symbole et le moyen de prévention le plus rapide, et il est clair que cette approche donnera lieu à des controverses. Grâce à l'aide de la Société Radio-Canada et de plusieurs radios et télédiffuseurs indépendants, une série de messages d'intérêt public sont diffusés, ce qui suscite des discussions ouvertes sur le port du préservatif et les pratiques sexuelles sans risque. Ces questions sont taboues pour la télévision américaine de l'époque, et la campagne de l'Association est la première initiative de ce genre menée par un réseau national en Amérique

35 D. Walters, « AIDS the Teacher: What Have We Learned in Canada? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 80 (mai-juin 1989) : Supplément, pp. S3–S8

du Nord. Comme John Last l'affirmera plus tard, l'épidémie du SIDA « a transformé ce que nous publions tout comme elle a transformé les valeurs sociales et les comportements »³⁶.

Enjeux mondiaux

Les enjeux en matière de santé internationale et la menace mondiale posée par les maladies tropicales entraînent, en 1972, la création de la Division de médecine tropicale et de santé internationale au sein de l'Association canadienne de santé publique, et, à partir de cette base, l'Association lance tout un éventail de programmes de santé internationaux motivés par « une approche multidisciplinaire où l'équipe médicale pourrait fournir les soins de base, et où il existerait un mélange judicieux de médecine préventive et curative »³⁷.

À la fin des années 1970 et au début des années 1980, le gouvernement fédéral répond aux défis de l'OMS et de l'UNICEF. Il renforce son investissement dans les initiatives de santé internationales et affecte des fonds par l'intermédiaire de l'Agence canadienne de développement international à plus de 20 organisations non gouvernementales canadiennes, y compris l'Association canadienne de santé publique, qui joue un rôle de chef de file et s'avance sur plusieurs fronts. En 1978, l'Association s'embarque dans un projet visant à augmenter la capacité des associations et

36 D. Walters, « AIDS the Teacher: What Have We Learned in Canada? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 80 (mai-juin 1989) : Supplément, p. S4; J. M. Last, « A Last Editorial », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 82 (novembre-décembre 1991) : p. 366

37 « The Role of the Canadian Public Health Association in International Health Programs », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 65 (septembre-octobre 1974) : pp. 337–338

Le Programme canadien d'immunisation internationale avait pour thème « Un Miracle à la Portée de la Main ». L'Agence canadienne de développement international a choisi l'ACSP pour la mise en œuvre du Programme.

des sociétés de santé publique en Afrique et en Amérique centrale et du Sud et, après l'écroulement de l'Union soviétique, en Europe de l'Est. L'apparition de la pandémie mondiale de VIH/SIDA donne un nouvel élan à cette initiative, avec la mise en place de programmes d'éducation et de sensibilisation sur le SIDA et l'infection par le VIH. Ces programmes, basés à l'origine à Harare, au Zimbabwe, sont ensuite transférés vers une base plus stable, à Johannesburg, où des programmes de formation sont créés. Grâce en grande partie à l'Association, et à de nombreux travailleurs canadiens de la santé, un programme de



Sharon Martin

*Promoteur d'un modèle
communautaire de santé
publique*

M^{me} Martin a participé activement au comité directeur de la Colombie-Britannique qui a présidé à la mise en place du programme de santé communautaire au milieu des années 1980. Dans le cadre de ses fonctions au sein du service de santé de la ville de Vancouver, elle contribue à l'évolution des interventions sanitaires vers des modèles de développement et de santé communautaire, mettant l'accent sur la participation des membres de la communauté et des bénévoles issus de la communauté dans la prestation des services de santé publique dans le cadre de ces programmes. M^{me} Martin a présidé le Groupe de travail sur la réforme des services de santé de l'ACSP, lequel a produit un document de réflexion à ce sujet.

(Sélection santé de l'ACSP, vol. 20, n^o 2, été 1996)



Sélection santé ACSP, 1986

vaccination internationale contre toutes les maladies pouvant être prévenues par un vaccin est lancé en 1986 dans les pays en voie de développement du Commonwealth et de la francophonie, en partenariat avec l'OMS, l'UNICEF et un consortium d'organisations non gouvernementales canadiennes.

L'OMS se rend compte que l'utilisation généralisée de la médecine occidentale ne parvient pas à améliorer la santé dans les pays en voie de développement. L'accent mis sur les médecins, les hôpitaux et la technologie, au détriment de la prévention offre peu d'avantages au Tiers-Monde, où des milliards de gens n'ont aucun accès à des soins de santé permanents. Comme l'indique un rapport du *Journal de l'Association médicale canadienne* sur les problèmes de santé des nations en voie de développement, la médecine occidentale a, en réalité, été contreproductive en établissant des modèles qui encourageaient certaines nations à gaspiller les fonds de soins de santé médiocres dont elles disposaient. Les enjeux fondamentaux sont l'eau potable et l'efficacité des réseaux d'assainissement, et on estime que, chaque année, 5 millions d'enfants décèdent et que 10 millions d'enfants deviennent invalides

à cause de la diphtérie, de la coqueluche, du tétanos, de la polio, de la rougeole et de la tuberculose³⁸.

La Fédération mondiale des associations de la santé publique (FMASP) est formée dans les années 1960 par les associations nationales de santé publique de l'Inde, du Japon, de la Nouvelle-Zélande, du Pakistan, de la Grande-Bretagne, des États-Unis et du Venezuela et comprend, en 1978, 28 des 58 associations nationales de santé publique qui existent alors. L'Association canadienne de santé publique rejoint la FMASP au début des années 1970. Gerry Dafoe, directeur général, et Andrew Sherrington, rédacteur en chef du journal, sont membres du bureau de la fédération pendant de nombreuses années au cours des années 1970. L'Association accueille la deuxième conférence internationale de la FMASP à Halifax en 1978 qui rassemble 1 100 représentants de 30 pays, grâce, en partie, à un financement de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), de l'OMS et de l'UNICEF. En 1985, l'Association reçoit également un financement global important de l'ACDI sur trois ans pour appuyer les activités internationales.

Soins de santé primaires – Santé pour tous d'ici l'an 2000

La conférence d'Halifax porte sur les soins de santé primaires, un concept apparu au début des années 1970 pour décrire un processus complexe portant sur des services de base axés généralement sur la santé et fournis par divers professionnels de la santé qui offrent

38 M. Koreok, « Health Problems of Developing Nations: Part I: A Western Solution? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 120 (17 février 1979) : pp. 471–474



Trevor Hancock

Visionnaire des politiques en santé publique et de la santé communautaire

Formé en médecine familiale au Royaume-Uni, le Dr Trevor Hancock pratique la médecine au Canada pendant quatre ans avant d'y entreprendre sa carrière en santé publique. À titre d'expert-conseil en santé publique, il est l'auteur d'articles sur la promotion de la santé, le développement durable et les modes de vie sains, sujets qu'il a également abordés dans le cadre d'allocutions prononcées dans le monde entier. Le Dr Hancock est le coconcepteur, avec Fran Perkins, du modèle des déterminants de la santé des « mandala de la santé », faisant également la promotion du concept de développement durable en organisant un colloque sur la santé et l'économie. Chef du Parti vert du Canada de 1983 à 1985. Le Dr Hancock a écrit plusieurs articles sur l'avenir de la santé et est un membre fondateur de l'organisme Paradigm Health, un groupe de réflexion sur l'avenir de la santé établi à Toronto.

(Sélection santé l'ACSP, vol. 14, n° 3, septembre 1990)

une certaine forme de continuité des soins. Une conférence internationale de suivi de l'OMS sur les soins de santé primaires, qui se tient à Alma-Ata, en Russie, en 1978, vise à réorienter les soins de santé dans les pays en voie de développement vers les soins de santé primaires, avec des niveaux de technologie adéquats qui sont à la portée et dans le budget du pays afin que la plupart des gens, en particulier ceux qui habitent dans les zones rurales, puissent accéder à ces soins. Les soins de santé primaires sont considérés comme des soins essentiels de base offerts de façon universelle aux personnes et aux

familles de la collectivité à l'aide de méthodes qui leur sont acceptables avec leur entière participation et à un coût abordable pour la collectivité et le pays. La Conférence conduit à la Déclaration d'Alma-Ata, que l'OMS juge valable pour tous les pays, l'adoptant deux années plus tard dans le cadre d'une stratégie mondiale pour les travailleurs du gouvernement, de la santé et du développement. La communauté mondiale s'engage alors à travailler en vue de la *Santé pour tous d'ici l'an 2000*³⁹.

La nouvelle santé publique

L'intérêt de la santé publique pour les modes de vie s'élargit considérablement de manière à englober les déterminants sociaux de la santé au début des années 1980, après la publication de l'ouvrage de Thomas McKeown, *Le rôle de la médecine*, qui indique que les soins médicaux ne jouent pas un grand rôle dans l'allongement de la durée de la vie constatée en Grande-Bretagne depuis ces 100 dernières années. En 1981, Ilona Kickbusch et Robert Anderson de la première unité d'éducation européenne en matière de santé de l'OMS entreprennent un voyage d'étude au Canada, alors considéré comme « la Mecque mondiale en matière de promotion de la santé ». Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social travaille à la réalisation d'une enquête novatrice sur la promotion de la santé en 1985 afin de réunir des données sur les comportements liés au mode

de vie et aux pratiques de santé préventive des Canadiens, y compris la consommation d'alcool et de tabac, l'exercice physique, la sécurité et l'alimentation⁴⁰.

Kickbusch et Anderson s'intéressent aux initiatives comme PARTICIPaction et participent à la conférence *Beyond Health Care*, première conférence sur la politique publique favorisant la santé, qui a lieu à Toronto en octobre 1984. Organisée par le Dr Trevor Hancock, théoricien et professionnel de la santé publique, cette conférence est parrainée par l'Association canadienne de santé publique, la Direction de la promotion de la santé de Santé et Bien-être Canada pour marquer le 10^e anniversaire du rapport Lalonde, par le Bureau de santé publique de Toronto pour commémorer son centenaire et par la Ville de Toronto pour célébrer son 150^e anniversaire. Elle permet,

CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ



39 C. W. J. Jeanes, « Primary Health Care, » *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 120 (17 février 1979) : p. 417; « News From the Field », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 67 (mai-juin 1976) : p. 259; Andrew Sherrington, « Editor's Desk », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 69 (mars-avril 1978) : p. 91; Roger S. Tonkin, « Primary Health Care », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 67 (juillet-août 1976) : pp. 289-294

40 J. Raeburn, « Ottawa Charter: Reflections from Down Under », *Promotion and Education*, vol. 14 (2007) : p. 10

dans le cadre de la santé publique, de mettre davantage l'accent sur une planification de la santé fondée sur la communauté et la recherche d'une action participative et lance le concept de politique publique favorisant la santé. Elle incite également Kickbusch à continuer de faire croître le mouvement des villes-santé européennes de l'OMS, qui se concentre sur les inégalités en matière de santé, la pauvreté urbaine, les besoins des groupes vulnérables et les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé⁴¹.

Promotion de la santé : le rapport Epp et la Charte d'Ottawa

En novembre 1986, Santé et Bien-être Canada organise avec l'OMS et l'Association canadienne de la santé publique la première conférence sur la promotion de la santé, à Ottawa. Le ministre de la Santé et du Bien-Être, Jake Epp, présente la nouvelle perspective du gouvernement fédéral sur la promotion de la santé dans le rapport intitulé *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (rapport Epp). Dans ce rapport, qui souligne la relation claire entre la santé et l'état de l'économie, on affirme que : « La promotion de la santé exige un engagement [sic] relever des défis, réduire les inégalités, élargir le champ de la prévention et aider les gens [sic] se tirer d'affaire. Cela suppose que l'on stimule la participation du public, qu'on améliore les services de santé communautaire et qu'on coordonne les politiques publiques favorables [sic] la santé. Il faut en outre créer des environnements favorables dans lesquels

les gens seront plus en mesure de prendre soin d'eux-mêmes et de s'entraider pour résoudre les problèmes collectifs touchant la santé »⁴².

La conférence sur la promotion de la santé rassemble 212 invités issus de 38 pays, y compris des représentants de la santé et de la santé publique, du gouvernement, des milieux universitaires et de la communauté, dont l'objectif est de créer un cadre de travail qui sera connu ensuite sous le nom de Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et qui comprend des stratégies essentielles pour effectuer des progrès majeurs en promotion de la santé dans le monde entier.



Ron Adrian Draper

Contributions majeures aux arts et aux sciences de la promotion de la santé

Ron Draper est la force motrice de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, qui a eu lieu au Canada en 1986 et qui a mené à l'adoption de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé. Premier directeur de la Direction de la promotion de la santé à Santé Canada, il est l'acteur principal ayant contribué à faire du Canada un chef de file dans ce domaine et à mettre, en effet, de l'avant le concept et la pratique de la promotion de la santé dans le monde entier.

(Trevor Hancock, *Health Promotion International*, 1998)

41 *Revue canadienne de santé publique*, « Beyond health care », Supplément 1 (1985); Healthy Cities, sur Internet : www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/urban-health/healthy-cities

42 Jacqueline Low et Luc Thériault, « Health Promotion Policy in Canada: Lessons Forgotten, Lessons Still to Learn », *Health Promotion International*, vol. 23 no 2 (2008) : p. 201

Le cadre de travail de la Charte d'Ottawa en matière de promotion de la santé consiste à permettre aux gens de mieux gérer leur santé, processus pour lequel la population, les collectivités, les professionnels de la santé, les institutions et les gouvernements jouent tous un rôle. Il reconnaît qu'on ne peut pas séparer la santé de la réalité quotidienne des gens et des déterminants économiques de la santé, comme l'accès à l'argent, le pouvoir et l'estime. Les chercheurs étudient toujours la façon dont ces facteurs influent sur la santé des groupes et des individus et dont les faits sociaux deviennent des faits biologiques. Les réformateurs de la santé publique, qui ont lutté pour l'installation de réseaux d'assainissement et d'égouts, la nutrition, la prévention des blessures et la planification familiale, restent à l'origine du mouvement de promotion de la santé au Canada⁴³.

43 43 A. Robertson, « Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health », *Health Promotion International*, vol. 13 n° 2 (1998) : pp. 155–166

Épilogue

Par John M. Last¹

En 1972, le président de l'ASCP, Vince Matthews (1922-1988), intitule son discours annuel *Le passé est un prologue* et, faisant allusion à l'avenir, clôt son allocution sur l'état de la santé publique et des services de santé publique en déclarant : « Vous n'avez encore rien vu! » Son titre convient parfaitement au contenu de cet ouvrage et sa conclusion s'applique à cet épilogue. Vince Matthews n'a pu voir le chemin que nous avons accompli depuis qu'il a prononcé ces paroles. Il aurait apprécié ce livre, comme tant d'autres hommes et femmes dans le domaine de la santé publique – certains y étant mentionnés, d'autres non. Au cours des dernières années, lors des réunions des dirigeants de la santé publique du Canada, les conversations ont parfois porté sur la nécessité d'écrire l'histoire de notre santé publique. Cette histoire est racontée en partie, et elle se termine à l'orée de progrès majeurs pour la santé publique canadienne; l'histoire devient plus intéressante que jamais.

Ce livre trace l'histoire chronologique de la santé publique au Canada, de l'époque des colonies à 1986. Cette période peut être vue comme un prélude aux progrès de la science et de la pratique de la santé publique qui s'annonçaient au moment où ce récit prend fin. Il aurait cependant été imprudent d'écrire

cette « histoire » jusqu'à nos jours, tant il est difficile, voire impossible, de saisir l'importance de certains événements et de leurs protagonistes vis-à-vis du grand ordre des choses. Il faut pour cela de nombreuses années. Il est également difficile, voire impossible, de parler de manière impartiale des événements et des personnes qui les ont rendus possibles ou les ont empêchés. Il est préférable de patienter afin de savoir quels progrès auront joué un rôle durable. Le *Dictionary of National Biography (DNB)* britannique pratique la règle des 50 ans, selon laquelle aucun nom n'y apparaît tant que 50 années ne se sont pas écoulées après le décès. La divulgation de dossiers du Cabinet et d'autres documents confidentiels du gouvernement est souvent astreinte à une règle de communicabilité de 20 ou 30 ans. Attendre 50 ans serait exagéré en ce qui concerne l'histoire de la santé publique au Canada. Des faits de la plus haute importance se sont produits depuis les années 1960. La seconde moitié du 20^e siècle a été une période remarquable en ce qui concerne les découvertes scientifiques, les progrès techniques, l'innovation dans la pensée conceptuelle et la réorientation des valeurs et des croyances sur le rôle et les responsabilités de la famille, les différences de sexe et de race, et l'égalité raciale. Ces profonds changements ont contribué à l'amélioration de la santé de la population et influé sur de nombreux aspects

¹ Avec la contribution de Gerry Dafoe, de Margaret Hilson, de Trevor Hancock, de Jamie Hockin, de Cory Neudorf, de Klaus Seeger et d'Erica Di Ruggiero

de la pratique de la santé publique, mais aussi de la pratique de la médecine clinique et des soins infirmiers, rapprochant d'une certaine manière ces branches autrefois divergentes du secteur de la santé. Certains de ces progrès, de ces découvertes et de ces concepts remontant aux années 1960 sont mentionnés dans cet ouvrage; certains autres doivent être mentionnés dans cet épilogue, nonobstant la règle des 20 ans ou des 50 ans. Aussi évoquerons-nous dans les lignes qui suivent certains faits s'étant produits après 1986 fortement susceptibles d'influencer le développement des services de santé publique au Canada ainsi que la santé des Canadiens. Quant à savoir si leur mention dans cet épilogue relève d'une intuition exceptionnelle ou simplement d'un orgueil démesuré, il reviendra aux historiens de demain d'en juger.

Le passé que nous avons décrit dans les chapitres précédents peut être brièvement résumé. Les services de santé publique ont commencé à prendre forme au Canada à la fin du 19^e siècle et au début du 20^e siècle, guidés dans leur développement par des leaders inspirants. D'où qu'elles proviennent, des découvertes importantes sur la manière de promouvoir, d'améliorer, de protéger et de préserver la santé de la population canadienne ont la plupart du temps été mises en pratique rapidement, en particulier dans les grandes villes. Dans certains cas, comme la fluoruration des approvisionnements en eau ou l'accès des femmes aux centres de procréation, la mise en œuvre a été inégale, incomplète et variable selon les provinces et selon qu'il s'agissait d'agglomérations urbaines ou de régions rurales, mais, en règle générale, le Canada s'est maintenu au niveau des autres pays industrialisés et a été, dans certains cas, un chef de file.

Dans les années 1970, les concepts canadiens au sujet des déterminants d'une bonne santé sont une référence dans le monde entier. Ils sont présentés dans le document intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*² (le rapport Lalonde) et contribuent à réorienter la santé publique vers la promotion de la santé, sans pour autant négliger l'importance de la protection de la santé et de la prévention des problèmes de santé au moyen du contrôle des facteurs environnementaux et de l'amélioration de l'immunité grâce à l'usage accru des vaccins. Les concepts de promotion de la santé sont exprimés dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé³, une déclaration de principes finalisée et ratifiée lors d'une conférence organisée par l'Association canadienne de santé publique à Ottawa en 1986, coparrainée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Santé et Bien-être Canada. Parallèlement à cette conférence, Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être de l'époque, publie *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*⁴ (le rapport Epp). Ron Draper (1935-1997), premier directeur général de la Direction de la promotion de la santé, joue un rôle capital dans l'élaboration de ce rapport et du document de l'OMS qui deviendra la Charte d'Ottawa. Il devient un leader mondial des principes et de la pratique de la promotion et de la protection de la santé

2 Marc Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail* (avril 1974) Ottawa : gouvernement du Canada, sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>

3 Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, première Conférence internationale pour la promotion de la santé (21 novembre 1986) WHO/HPR/HEP/95.1, sur Internet : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

4 Jake Epp, *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. (1986) Ottawa : Santé et Bien-être Canada

dans les années 1970 et 1980. Les concepts et les applications pratiques de la promotion et de la protection de la santé et de la prévention des maladies et des blessures ont fait l'objet d'autres améliorations lors de conférences ultérieures de l'OMS sur la promotion de la santé, à Adélaïde en 1988, et à Bangkok en 2005; toutefois, c'est au Canada et aux Canadiens que revient le mérite des concepts originaux en la matière, et tout particulièrement à Ron Draper. Tous les Canadiens, pas seulement le secteur de la santé, peuvent s'enorgueillir de cette réalisation, qui a été immédiatement appliquée au mouvement villes-santé. Toronto est devenu une ville-santé à l'avant-garde du mouvement de l'OMS grâce à l'énergie, à la diligence et au dévouement de Trevor Hancock et de ses collègues, qui ont lancé le mouvement lors de la conférence *Beyond Health Care* de Toronto où le concept des villes-santé est inauguré, mais aussi grâce à la collaboration du maire et des autres élus municipaux, qui ont permis la création du premier bureau ville-santé au Canada, du premier conseil municipal sur la politique alimentaire, et favorisé d'autres projets comme l'amélioration des aménagements piétonniers et cyclistes de l'agglomération. Le bureau ville-santé de Toronto s'est assuré que les services municipaux tiennent compte des effets de leurs décisions sur la santé, et il a encouragé et favorisé les actions de voisinage, créant ainsi des passerelles entre les dimensions environnementale, sociale et économique. Ce succès n'a pas été suffisamment souligné au Canada, ni ailleurs dans le monde. Cet ouvrage est une occasion de célébrer cette réalisation et de reconnaître le mérite de ceux et celles qui y ont contribué, ainsi que de tous ceux et celles qui ont collaboré à ces activités et les ont soutenues.

Après avoir travaillé aux côtés de Ron Draper, de Trevor Hancock et d'autres, Ilona Kickbusch, OMS, a rapporté ces concepts et ces méthodes en Europe, où ils ont été appliqués à bon escient au projet villes-santé européennes en santé de l'OMS, qui a vu le jour en 1986, avant de se répandre partout dans le monde.

Sur le plan individuel comme sur le plan collectif, les Canadiens jouent depuis longtemps un rôle important dans la santé internationale. Nous avons tous entendu parler de Norman Bethune, qui a d'abord été chirurgien de guerre lors de la guerre civile en Espagne, puis membre de l'armée communiste de Mao Zedong, avant de mourir d'une septicémie lors de la Longue Marche. Nombre de médecins, d'infirmières et d'infirmiers canadiens moins illustres ont consacré leur vie à des activités plus significatives quoique moins spectaculaires que la chirurgie de guerre; ils ont renforcé les capacités des systèmes et des services de santé publique, notamment en protégeant et en redonnant la santé à des nourrissons et à des enfants dans des pays en développement. À titre d'exemple, citons le travail des D^{rs} Donald et Elizabeth Hillman, pédiatres formés à l'Université McGill, qui ont œuvré durant de nombreuses années dans l'est de l'Afrique, en Ouganda, en Tanzanie, au Kenya, en Zambie, et plus tard, en Malaisie et au Koweït. Leur travail a été récompensé lorsque tous deux ont été nommés Officiers de l'Ordre du Canada. Toutefois, la gratitude des milliers d'Africains qui sont aujourd'hui en vie grâce à leurs efforts, et celle de nombreux étudiants, jeunes médecins et infirmières qui les considèrent comme des modèles et marchent sur leurs traces, est, en définitive, la distinction la plus importante de toutes. Bien d'autres médecins et infirmières dévoués, comme les Hillman,

mènent discrètement leur mission : celle d'améliorer la santé et la vie des plus défavorisés dans les pays pauvres, les camps de réfugiés, les zones de guerre et les régions touchées par des catastrophes naturelles. Le monde n'est jamais à court de collectivités et de régions dans le besoin, ni, semble-t-il, d'infirmiers et d'infirmières, de vétérinaires, d'ingénieurs sanitaires, d'éducateurs en matière de santé et de médecins canadiens zélés et altruistes, prêts à aider où et quand le besoin se fait sentir. Nombre d'infirmières et d'infirmiers, de médecins et d'autres professionnels de la santé ont mené des carrières remarquables dans le domaine de la santé publique, sous l'égide d'organisations non gouvernementales (ONG), comme le CUSO, d'ONG internationales, comme le Comité international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de Médecins Sans Frontières, ou encore de missions religieuses, et ont contribué ainsi à faire du Canada une nation réputée pour son action bénéfique dans le monde.

Le programme international d'immunisation contre toutes les maladies pouvant être prévenues par un vaccin dans les pays en développement du Commonwealth et francophones, lancé par l'Association canadienne de santé publique et d'autres ONG en 1986, en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF, est devenu l'Initiative canadienne d'immunisation internationale et se poursuit en 2010, à l'heure où s'écrit cet épilogue. Le rôle de l'Association dans ces activités internationales a été reconnu en 1992, lorsque l'Association a reçu le prestigieux prix Sasakawa de l'OMS, une première historique pour un organisme canadien. Cette contribution a également été récompensée quand Margaret Hilson, directrice des programmes en santé mondiale de

l'Association, a été nommée Officier de l'Ordre du Canada en 2004.

L'Association canadienne de santé publique, comme d'autres intervenants de la santé publique, s'investit depuis plus de trois décennies dans de nombreux programmes et projets de santé environnementale au Canada et parfois à l'étranger. Citons entre autres l'étude et la surveillance de la contamination à l'arsenic provoquée par les mines d'or à Yellowknife (T.-N.-O.) et dans les environs, ainsi qu'au Bangladesh, où la forte concentration d'arsenic contamine les sols, si bien que les pompes à eau financées par le Canada (dans le cadre d'un projet du Centre de recherches pour le développement international) dans le but de fournir de l'eau potable sont une source potentielle d'empoisonnement à l'arsenic. Le problème d'arsenic du Bangladesh n'est pas encore réglé. Parmi les autres problèmes environnementaux d'importance auxquels l'Association et d'autres organismes et individus se sont attaqués, pensons à la contamination au fluorure industriel à Terre-Neuve et des deux côtés de la frontière canado-américaine, près de Cornwall-Massena (cette dernière touchant principalement les Premières nations). L'un des problèmes de santé environnementale les plus inédits a amené l'Association à étudier les effets des vols supersoniques à basse altitude des appareils de l'OTAN au-dessus du Labrador sur la faune et sur les rares peuplements humains de la région. Pensons aussi au développement de programmes de lutte contre les vecteurs de transmission du virus du Nil occidental aux humains, notamment à Winnipeg et dans le sud de l'Ontario. Au début, ces programmes ont eu des effets néfastes sur l'environnement, toutefois, une gestion plus judicieuse de cette lutte a permis

d'en réduire les conséquences sur les insectes, dont l'importance du point de vue de l'écologie et de l'économie n'est plus à démontrer. Citons également la lutte contre les éclosions de listériose dans les usines de transformation de viande. Ce sont les inspecteurs-hygiénistes du Canada qui ont approuvé l'utilisation du programme d'analyse des risques et de maîtrise des points critiques (HACCP) dans les programmes canadiens sur la salubrité des aliments. Au début des années 1990, les inspecteurs-hygiénistes et les professionnels de la santé publique environnementale ont été les premiers au Canada à adopter le programme HACCP aux fins d'évaluation et d'inspection des établissements de vente d'aliments au détail. Le concept HACCP a d'abord été mis en pratique dans le cadre du programme spatial de la NASA. En 1994, l'entrée en vigueur de la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac* en Ontario marque aussi une étape importante de l'amélioration de la santé environnementale au Canada, tout comme l'adoption de lois du même genre dans d'autres provinces. Ces lois ont fait diminuer la consommation de tabac dans les lieux publics, augmenter le pourcentage de désaccoutumance au tabac et ont réduit le nombre d'adolescents qui commencent à fumer.

Depuis les années 1970, et même avant, dans une certaine mesure, la plupart des provinces canadiennes tentent d'organiser et d'offrir leurs propres services de santé publique, dans le but avoué ou non de contrôler et, si possible, de restreindre leurs dépenses. Des réorganisations et des « réformes » répétées des services de santé publique et communautaire ont marqué les cinquante dernières années. Dans le cadre de ces restructurations, certains gouvernements ont réduit leur personnel et leurs services

dans des tentatives draconiennes, considérées par certains comme exagérées, d'économiser l'argent des contribuables. L'éclosion de la bactérie mortelle et incapacitante *E coli* O157:57 à Walkerton, en Ontario, en 2000, et l'éclosion de cryptosporidiose à North Battleford, en Saskatchewan, ont fait la preuve une fois de plus qu'il n'est pas possible de réduire les services de santé publics essentiels sans risque de conséquences néfastes. Les restrictions budgétaires sont quelquefois le résultat de conflits de priorités concernant les fonds des enveloppes de santé provinciales, qui englobent les coûts de personnel et d'infrastructures des hôpitaux, des services médicaux d'urgence et de la médecine familiale. Parfois, les ministères provinciaux de la Santé semblent confondre l'infrastructure et les services de santé publique essentiels et les soins de santé personnels, autrement dit les soins médicaux, en les considérant comme une seule et même chose.

Les services de santé personnels et les services de santé publique ont toutefois fait front commun dans un domaine bien particulier au cours des dernières décennies. Un événement d'une importance historique pour la santé publique a pris racine dans les années 1970 et réuni les services de santé publique et les services de santé personnels d'une toute nouvelle façon. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) a été fondé en 1974; à l'origine, il avait pour mission de vérifier si la procédure de médecine générale connue sous le nom d'examen annuel était financièrement viable dans le cadre du nouveau programme d'assurance-maladie. Ce groupe d'étude mérite d'être mentionné ici, car les méthodes de dépistage employées en médecine clinique préventive, du développement du fœtus aux soins palliatifs en passant par

les soins aux personnes âgées, jouent un rôle de plus en plus prépondérant dans la santé de la population; ces méthodes sont devenues une composante essentielle de l'éventail des programmes de santé publique – un lien entre les services de santé publique et les services de santé personnels. Le GECSSP a donné naissance à de nouveaux outils de médecine factuelle et de santé publique factuelle, et a évalué les méthodes et les processus utilisés pour la détection précoce d'un grand nombre de problèmes de santé mortels ou handicapants. Le GECSSP a également inspiré la création de son équivalent aux États-Unis, et les deux groupes collaborent étroitement depuis le milieu des années 1980. Ils sont maintenant reconnus comme une partie intégrante des services de santé publique et évaluent systématiquement les preuves sur lesquelles sont fondées les recommandations et les mises en garde portant sur les méthodes de dépistage et de détection précoce.

Depuis les années 1980, une série d'événements malheureux ont mis les systèmes de santé sous pression et accentué l'importance accordée à la santé des Canadiens, assuré un financement stable et continu des infrastructures, et augmenté le nombre de professionnels qualifiés dans toutes les professions engagées dans la prestation des services de santé publique. Parmi ces événements, soulignons la montée croissante de la pandémie de VIH/SIDA. En 1993, étant donné la propagation du SIDA dans le monde, la Déclaration du Lac Tremblant du Groupe d'experts sur les maladies infectieuses émergentes appelle à la surveillance, à la recherche, à la prévention des épidémies et à l'intervention des laboratoires pour cibler les maladies émergentes, ainsi qu'à une stratégie nationale en matière de vaccination.

À la fin des années 1980, l'infection au VIH/SIDA et à l'hépatite C de receveurs de sang et de produits sanguins contaminés est un véritable désastre en matière de santé publique et touche des milliers de personnes dans le monde, y compris au Canada. La nomination du juge Horace Krever, mandaté pour étudier la sécurité de l'approvisionnement en sang au Canada, mène à une série de recommandations, dont l'une porte sur l'amélioration des services de santé publique⁵. En 2000, l'une des réponses à cette recommandation prend la forme du regroupement de nombreuses activités de santé publique de Santé Canada, dont le Laboratoire de lutte contre la maladie et la Direction de la promotion de la santé, au sein de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

La population canadienne s'est inquiétée des éclosions et des épidémies d'autres maladies infectieuses, dont le virus du Nil occidental. Quant à la vague de cas d'*E Coli* O157:H7 en 2000 à Walkerton, en Ontario, elle a entraîné au moins sept décès et affecté environ 2 500 personnes, dont certaines conservent des séquelles permanentes au foie et aux reins. Dans ce cas précis, les eaux souterraines contaminées n'avaient pas fait l'objet de tests adéquats, le personnel qualifié était réduit et les centres d'essais de l'eau existants avaient été déclassés sous prétexte que le secteur privé pouvait effectuer ces essais plus efficacement (soit à moindre coût) que les fonctionnaires du gouvernement (à savoir des scientifiques qualifiés en qualité des eaux).

5 *Rapport de la Commission Krever* (1997) Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

En 2003, une épidémie d'un nouveau genre, le syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS, fait environ 330 cas certains et cause 32 décès à Toronto; elle a de graves conséquences économiques lorsque l'OMS émet un avis aux voyageurs les prévenant du risque lié aux visites dans la métropole ontarienne. On estime que l'épidémie de SRAS a entraîné des pertes de 35 millions de dollars par jour à Toronto. Les microbiologistes ont découvert que cette maladie était causée par un coronavirus qui se transmet principalement par les gouttelettes de sécrétions respiratoires dispersées à courte portée. L'étude effectuée ultérieurement par le Dr David Naylor mènera à la publication d'un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS en 2003, qui recommande, entre autres, la création d'une « agence de santé publique » indépendante⁶.

À la suite des recommandations du Dr Naylor, l'Agence de la santé publique du Canada voit le jour en septembre 2004 et son statut de personne morale est confirmé par la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* en 2006. Même si le Dr Naylor envisageait une agence plus indépendante que l'organisation l'est, il convient de noter que le poste d'administrateur en chef de la santé publique est également un poste de sous-ministre, et que celui-ci a pour mandat de communiquer directement avec les Canadiens et le gouvernement au sujet des questions de santé importantes. Le rapport annuel de l'administrateur en chef de la santé publique fait également partie des exigences législatives liées à ses fonctions et le premier de ces rapports, qui

portait sur les inégalités en matière de santé, a été présenté au Parlement en 2008⁷.

Les Instituts de recherche en santé du Canada sont en 2000 dans le but audacieux de transformer la recherche en santé au Canada en excellent « selon les normes internationales reconnues de l'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada »; une vision qui les distingue clairement de leur prédécesseur, le Conseil de recherches médicales. Le gouvernement a demandé aux IRSC d'encourager la recherche en matière de santé axée sur l'intégration et l'interdisciplinarité, non seulement dans les domaines biomédical et clinique, mais aussi sur les systèmes et les services de santé, la santé des populations, et les facteurs d'influence sociétaux, culturels et environnementaux sur la santé. Dans le cadre de la transformation de l'organisation, treize instituts virtuels ont vu le jour, dont l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP), une instance unique au monde.

L'ISPP a pour mission de soutenir la recherche axée sur les interactions complexes (biologiques, sociales, culturelles et environnementales) qui influent sur la santé des personnes et des collectivités, et son application aux politiques et aux pratiques de santé publique. Son premier directeur scientifique, le Dr John Frank, a dirigé l'Institut jusqu'au milieu de l'année 2008 et il est responsable de plusieurs initiatives visant à

6 *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada* (2003) Ottawa : Santé Canada, sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index-fra.php>

7 David Butler-Jones, *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : s'attaquer aux inégalités en santé* (2008) Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/index-fra.php>

renforcer la capacité de recherche de l'ISPP pour répondre à des problèmes de santé publique et à leurs déterminants sous-jacents (la réduction des disparités en matière de santé, les effets des environnements physique et social sur la santé et la santé globale figuraient parmi les priorités de l'Institut). L'ISPP a également été l'un des chefs de file qui ont attiré l'attention sur la fragilité du système de santé publique au Canada en entreprenant une étude multipartite sur l'organisation et le financement des services de santé publique dans des pays comparables, étude entamée plusieurs mois avant l'écllosion de SRAS. Les recommandations du rapport, intitulé *L'avenir de la santé publique au Canada : Édifier un système de santé publique pour le 21^e siècle*, ont été ratifiées par un groupe d'experts sous l'égide de l'Institut, à l'occasion de la conférence de l'Association canadienne de santé publique, à Calgary en 2003. Depuis 2008, l'ISPP est dirigé par la D^{re} Nancy Edwards (professeure à l'Université d'Ottawa) et continue de montrer combien la recherche peut être utile pour régler des problèmes de santé publique pressants. La mission actuelle de l'Institut et ses priorités stratégiques en matière de recherche sont calquées sur plusieurs appels à l'action nationaux et internationaux visant à réduire les inégalités en matière de santé au sein des pays et entre les pays, et à accorder plus d'importance à la recherche appliquée aux politiques et aux programmes qui mènent à l'amélioration de la santé de la population et à la promotion de l'équité en matière de santé.

Conclusion et recommandations

Il est tentant de penser qu'au cours du dernier quart de siècle, la santé publique au Canada

est « parvenue à maturité », mais il serait imprudent de céder à cette tentation, qui a souvent séduit d'éminents représentants des métiers appris, des arts et du commerce. À Paris, à Londres et à New York, les intellectuels de la fin du 19^e siècle croyaient leur société arrivée à l'âge adulte, bien qu'elle n'ait pas atteint la perfection dans le domaine des sciences, des arts et de l'organisation sociale, et rejetaient les critiques pointant du doigt ses failles, notamment une mortalité infantile élevée et l'absence de droit de vote pour les femmes. Depuis cette époque, nous avons parcouru bien du chemin; ce chemin se poursuit cependant vers l'avenir et ses inconnues, mais aussi ses inévitables défis. Les systèmes et les services de santé publique, par exemple, l'un des piliers les plus importants d'une société stable et en santé, sont peu visibles du public, pris pour acquis, méconnus et encore moins appréciés de la société qu'ils servent et protègent, et n'attirent souvent l'attention que lorsque cette société est menacée par une situation d'urgence telle qu'une épidémie mortelle. Trop fréquemment, ces systèmes et services vitaux sont à la merci de représentants élus mal informés et constamment menacés par des politiciens élus sur la base de fausses promesses de réductions fiscales. La mise à exécution de ces menaces érode une infrastructure essentielle et des catastrophes comme l'écllosion d'*E Coli* à Walkerton, en Ontario, peuvent alors se produire. Les professionnels de la santé publique doivent se faire entendre avec plus de force et plaider leur cause avec plus de véhémence que cela a parfois été le cas dans le passé. Le D^r David Butler-Jones, premier administrateur en chef de la santé publique, a prouvé qu'il est un excellent porte-parole. Lui et ceux qui lui succéderont devront

protéger les Canadiens des menaces à leur santé, mais aussi protéger ce poste des menaces visant à le politiser ou à le museler. Une Association canadienne de santé publique politiquement influente s'exprimant au nom de l'ensemble des travailleurs de la santé publique au Canada peut contribuer à maintenir la solidarité dans les rangs si de telles menaces venaient à se manifester et aider à protéger les Canadiens contre des actions politiques malvenues. Pour être crédible, l'Association canadienne de santé publique doit représenter l'ensemble des travailleurs de la santé publique, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. La plupart des nouveaux diplômés venant des nombreux programmes de formation au Canada s'identifient à la discipline dans laquelle ils ont obtenu leur diplôme et non pas à la santé publique. Certains n'ont jamais entendu parler de l'Association, et rares sont ceux qui s'y sont joints, car la plupart ne voient pas le rapport entre l'Association et leur pratique professionnelle. L'Association doit intervenir vigoureusement et changer cette perception.

Faire des prédictions est un exercice risqué, toutefois il semble prudent d'affirmer que les progrès récents dans les domaines de la biologie, de l'écologie, des communications et des technologies de l'information devraient trouver de nombreuses applications dans la pratique de la santé publique. La génomique et le génie génétique sont d'ores et déjà appliqués à la lutte contre les vecteurs, à travers la production d'espèces génétiquement modifiées infertiles ou incapables de porter le pathogène qu'elles transmettraient en temps normal. Des liens plus étroits entre la santé des écosystèmes et la santé humaine doivent être créés afin d'assurer la viabilité des écosystèmes. L'utilisation de l'électronique dans le traitement et le stockage

de l'information, sur des puces, par exemple, à des fins de soins personnels et de santé publique augmente à un rythme spectaculaire. Il est nécessaire de parvenir à un accord et à un consensus entre les spécialistes et les technologues en information sur la santé d'une part, et les gardiens de la confidentialité d'autre part, en ce qui concerne les renseignements de base nécessaires à l'identification des personnes et les mesures essentielles à la protection de la vie privée des individus. Cette question, tout comme d'autres enjeux et problèmes éthiques, n'est pas bien comprise et rarement débattue dans le cadre de la pratique de la santé publique.

Les travailleurs de la santé publique sont des personnes bien formées et bien informées, compétentes et dévouées, qui ont à cœur de protéger et d'améliorer la santé des Canadiens et d'autres populations dans le monde. La hausse récente des programmes d'études supérieures en santé publique est de bon augure pour le renforcement et le renouvellement de la main-d'œuvre en santé publique et la création d'un noyau de nouveaux professionnels qui exerceront un effet positif au cours des décennies à venir. Cet effet dépendra des gouvernements, car la notion de « public » dans l'expression « santé publique » signifie non seulement le bien public, mais aussi le secteur public, qui emploie la majorité des travailleurs de la santé publique. Les gouvernements doivent accroître leurs investissements en santé publique, au-delà du niveau insuffisant où il se trouve aujourd'hui.

La prévention des maladies et des blessures et la promotion de la santé et du bien-être individuels et collectifs demeureront au cœur des préoccupations de la santé publique au cours des décennies à venir. En contrepartie,

un intérêt tout aussi élevé doit être accordé aux déterminants environnementaux, sociaux, économiques et culturels de la santé, conformément à la tradition de la santé publique de ces dernières années. Certains domaines d'intervention axés sur ces grands déterminants devraient tenir un rôle particulièrement important au 21^e siècle.

L'accent sur la santé maternelle, le développement du nourrisson et du jeune enfant en tant qu'investissements à long terme dans le développement humain permettra d'améliorer la santé durant tout le cycle de vie et apportera de nombreux autres avantages sociaux et économiques aux familles, aux collectivités et à la société dans son ensemble.

L'accent sur la santé et l'environnement bâti est capital, dans un monde qui s'urbanise rapidement, tant dans les pays à faible et à moyen revenus qu'au Canada, où 80 % de la population vit dans les agglomérations urbaines, et où nous passons 90 % de notre temps à l'intérieur. L'influence des environnements bâtis sur la sécurité, la pollution intérieure et extérieure, l'activité physique, l'accès à la nourriture, la santé mentale et la cohésion sociale, entre autres, doit faire l'objet d'une intensification de la recherche et des interventions actives.

L'accent sur l'équité en matière de santé, telle qu'elle est identifiée dans le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé qui est soutenu par le Canada, est indispensable. La réduction des inégalités en matière d'accès aux déterminants de base de la santé comme l'eau potable, la nourriture,

le logement, la santé et les services sociaux, un revenu suffisant et des conditions de vie et de travail saines et sécuritaires, tant au Canada que dans le monde, seront des facteurs fondamentaux pour réduire le gradient de santé et l'écart de santé entre riches et pauvres. Il sera également nécessaire de s'attaquer aux répercussions de la mondialisation sur la santé, autre problème mis en lumière par la Commission de l'OMS. Au Canada, il convient de corriger de toute urgence le statut injuste réservé aux membres des Premières nations, qui sont nombreux à vivre dans des conditions de logement honteuses sur des réserves éloignées, envoyant ainsi le message : « loin des yeux, loin du cœur ».

L'accent sur le déterminant fondamental de la santé humaine, la santé de l'écosystème, est nécessaire. L'Association canadienne de santé publique s'est penchée sur cette question dans son rapport de 1992 sur la santé humaine et l'écosystème; toutefois, la situation mondiale s'est considérablement détériorée depuis, comme l'attestent de nombreux rapports des Nations Unies et d'autres instances. Quatre grands domaines de changements environnementaux globaux, les changements climatiques et atmosphériques, la pollution et l'écotoxicité, l'épuisement des ressources et la réduction des habitats, des espèces et de la biodiversité, ainsi que leurs actions synergétiques, représentent des menaces graves pour la santé humaine, aujourd'hui et au cours des décennies à venir. Le bien-être et la survie de l'être humain – préoccupations fondamentales de la santé publique – nécessiteront un passage à un

mode de vie plus viable du point de vue de l'écologie. Cette transition, que la santé publique aura pour rôle de faciliter et d'accompagner, devrait se traduire par de nombreux bienfaits pour la santé, mais elle sera difficile.

L'accent sur l'application appropriée des découvertes scientifiques et des progrès techniques est indispensable dans la pratique de la santé publique. Certaines innovations, par exemple dans les méthodes de cueillette, de traitement, de stockage et de récupération de données biomédicales, sociales, économiques et autres sont mises en œuvre rapidement – parfois même trop rapidement, dans certains ministères de la Santé d'avant-garde. Dans d'autres environnements, ces progrès sont appliqués tardivement ou ne le sont tout simplement pas.

On peut affirmer sans risque que le passé est un prélude – et les détails à ce sujet seront sans aucun doute dévoilés et abondamment décrits dans les futurs chapitres de l'histoire de la santé publique au Canada.

Lexique

Antibiotiques

Également appelés « antimicrobiens », il s'agit d'une catégorie de substances produite par des organismes vivants, tels que les champignons, capables d'inhiber la croissance de bactéries pathogènes.

Antigène

Une substance, à l'instar des protéines, un tissu ou un organe vivant, qui est étrangère à l'organisme et qui provoque une réponse immunitaire spécifique.

Antitoxine

Une substance telle que le sérum ou un médicament qui inhibe ou prévient l'action d'une toxine. Parmi les exemples, on compte les antitoxines tétaniques et diphtériques, qui préviennent les dommages qui pourraient autrement survenir en raison des toxines que ces organismes produisent.

Arsenical

Une catégorie de produits chimiques contenant des composants arsenicaux. L'arsenic, un poison grave et chronique, était auparavant utilisé dans les composés médicaux, notamment dans la « projectile magique » du docteur Paul Ehrlich utilisée pour traiter la syphilis au début du XX^e siècle.

Assainissement

Un éventail de politiques et de mesures de santé publique visant à fournir de l'eau potable et une élimination hygiénique des déchets humains, animaux, domestiques et industriels, permettant ainsi de minimiser les risques de transmission de maladies oro-fécale.

Asthme

Une maladie chronique récurrente des poumons caractérisée par le rétrécissement des voies respiratoires de faible calibre.

Atténuer

Affaiblir, diluer, réduire ou éliminer les effets néfastes d'un organisme pathogène ou de ses antigènes pour leur utilisation dans les vaccins.

Autochtone

Le terme « autochtone » fait généralement référence aux habitants indigènes du Canada qui forment trois groupes principaux reconnus par la Constitution—les Inuit, les Premières nations et le peuple Métis. Au sein de ces larges groupes, on compte un certain nombre de langues et de cultures différentes. Aujourd'hui, le terme Premières nations remplace celui d'Indien, qui avait historiquement été utilisé par le gouvernement canadien pour décrire les peuples indigènes avec lesquels les gouvernements canadien ou britannique avaient signé des traités. Les Métis constituent un peuple autochtone à part

dont les premiers ancêtres étaient d'ascendance mixte (Premières nations, ou Inuit dans le cas des Métis du Labrador, et européenne). L'appellation Inuit remplace le terme Esquimau et s'applique aux peuples indigènes du Nord.

—*Commission royale sur les peuples autochtones*

Bacille

Bactérie en forme de bâtonnet, dont l'appellation a été utilisée à l'origine pour décrire toutes les bactéries de cette forme, mais qui se limite désormais à un genre unique d'organisme sporulé.

Barbiturique

Un dérivé de l'acide barbiturique qui fait office de sédatif ou d'hypnotique en déprimant la fréquence respiratoire, la tension artérielle, la température et le système nerveux central.

—*Mosby's Medical Dictionary*

Bas-Canada

Une colonie britannique créée en 1791, qui représente aujourd'hui l'actuelle province du Québec.

— *L'Encyclopédie canadienne en ligne*

Botulisme

Une maladie d'origine alimentaire provoquée par l'ingestion de la toxine de *Clostridium botulinum*, habituellement présente dans les légumes ou les viandes préparées sans respecter les précautions d'hygiène adéquates.

Bulbaire

La forme bulbaire de la poliomyélite se manifeste lorsque le virus de la polio attaque le tronc cérébral, et les centres nerveux qui contrôlent la déglutition et la parole sont endommagés. Les sécrétions s'accumulent dans la gorge, ce qui peut causer la suffocation.

—*Britannica Online Encyclopedia*

Bureau de l'état civil

Données sur les naissances, les décès, les mariages et les divorces compilées par les autorités gouvernementales aux niveaux national, régional ou local en vue de déterminer les problèmes et les avancées en matière de santé publique

Canadian Public Health Journal

La revue canadienne de santé publique, sous des noms différents, a donné l'impulsion à la création de l'ACSP. Publiée pour la première fois sous le nom de *Revue canadienne de santé publique* en 1910, suivi de l'appellation *Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, puis du nom *Public Health Journal of Canada* et enfin de *Revue de santé publique*, et ce, juste en 1910. Elle a été renommée *Canadian Public Health Journal* (de 1929 à 1942) pour devenir *La revue canadienne de santé publique* (1943 à aujourd'hui).

Caries dentaires

Infection dentaire.

Chancre mou

Une maladie sexuellement transmissible causant des lésions génitales ulcéreuses et douloureuses.

Charbon

Une maladie bactérienne touchant les humains et les animaux occasionnée par le *Bacillus anthracis*, qui peut pénétrer l'organisme à travers la peau, l'inhalation ou l'ingestion.

Choléra

Une affection entérique bactérienne aigüe qui provoque une diarrhée aqueuse profuse. Sans traitement, la perte de liquide entraîne souvent la mort.

Congénital

Existant à la naissance ou datant de cette dernière, comme la surdité congénitale.

Coqueluche

Également appelée toux coquelucheuse, une maladie infantile respiratoire débilitante de type bactérien qui est souvent prolongée et peut entraîner un emphysème.

Diabète

Une maladie systémique où le métabolisme des glucides est perturbé par une fourniture insuffisante d'insuline pour satisfaire les besoins de l'organisme.

Diphthérie

Une maladie bactérienne aigüe qui affecte dans un premier temps les voies respiratoires supérieures, causant une obstruction des voies aériennes. L'organisme responsable, la bacille diphthérique, produit également une toxine qui entraîne une paralysie des muscles respiratoires et une myocardite.

Effet de cohorte

La cohorte fait référence à un groupe de population né à une période particulière, généralement une année ou une décennie, soit une cohorte de naissance. Un effet de cohorte comprend tout effet associé à l'appartenance d'un groupe né plus ou moins à la même période et dont les membres sont liés par des expériences de vie commune (p. ex., grandir dans les années 1980).

—*Encyclopedia.com*

Épidémie

L'apparition au sein d'une population donnée de décès ou de cas d'une pathologie dont le nombre est plus important qu'à l'habitude pour une période déterminée.

Épidémiologie

Une science fondée sur l'observation, la déduction et l'expérience pour évaluer les schémas posologiques préventifs et thérapeutiques visant à surveiller les états de santé.

Eugénique

Créée en 1883 par le biologiste britannique Francis Galton, signifiant littéralement « bien naître », l'eugénique est devenue une caractéristique dominante de la théorie de la santé publique, selon laquelle ceux qui étaient jugés comme détenteurs d'un excellent stock génétique tels que les universitaires et les athlètes d'exception étaient encouragés à se reproduire. Les autres étaient considérés comme inaptes à la reproduction en raison d'une intelligence peu développée, de troubles mentaux ou de certaines catégories de maladies ou d'incapacités chroniques telles que la tuberculose et l'alcoolisme.

—*John Last*

Fièvre ondulante

Connue aujourd'hui sous le nom de « brucellose », la fièvre ondulante est une maladie transmissible provoquée par les organismes de la *Brucella*, présents chez les chèvres, les vaches et autres animaux domestiques, transmis aux humains par le lait ou par contact direct.

Fluoruration

L'addition planifiée et systématique de quantités rigoureusement mesurées de fluorure de sodium aux approvisionnements en eau potable.

Fumigation

Méthode d'application ou d'injection de vapeurs de pesticides dans un espace fermé dans le but de le désinfecter ou de le débarrasser des animaux nuisibles tels que les insectes ou les rats.

Gonorrhée

Une infection transmise sexuellement la plus commune qui peut pour ainsi dire ne présenter aucun symptôme chez les femmes, mais qui provoque une urétrite douloureuse chez les hommes.

Grippe

Également connue sous le nom « d'influenza », Il s'agit d'une maladie infectieuse aigüe principalement des voies respiratoires causée par le virus de la grippe. La souche épidémique de la grippe présente souvent un taux de létalité élevé.

Haut-Canada

Une colonie britannique créée en 1791, qui est à l'origine de ce que nous appelons aujourd'hui la province de l'Ontario.

—*L'Encyclopédie canadienne en ligne*

Hépatite

Inflammation du foie, qui peut être occasionnée par un virus ou une infection bactérienne ainsi que par d'autres produits chimiques, y compris l'alcool.

Hygiène

Les principes et les pratiques en relation avec la préservation d'une bonne santé, ce qui implique des valeurs qui déterminent les comportements individuels et collectifs, notamment un engagement à manipuler des aliments en respectant les précautions d'hygiène, l'élimination des déchets hygiéniques, l'élimination de la vermine et la prévention de la pollution.

Hygiène industrielle

L'art et la science consacrés à la reconnaissance, l'évaluation et la maîtrise des facteurs environnementaux et des tensions qui surviennent, ou qui sont liés au lieu du travail et aux conditions de travail, qui pourraient porter préjudice à la santé et au bien-être.

Hygiène mentale

Également connue sous le nom de santé mentale, la branche des soins de santé destinée à prévenir et traiter les pathologies mentales.

Hygiène sociale

Un mouvement associé à la prévention des maladies vénériennes et qui promeut des valeurs et des mœurs liées à la répression du vice et de la prostitution et la limitation des relations sexuelles aux personnes mariées et à des fins de procréation.

Hygiénique

Fait référence à l'assainissement, à savoir, un éventail de politiques et de mesures de santé publique visant à fournir de l'eau potable et une élimination hygiénique des déchets humains, animaux, domestiques et industriels, permettant ainsi de minimiser les risques de transmission de maladies oro-fécale.

Immunisation

Appelée également vaccination, elle consiste en l'introduction artificielle de l'immunité active en administrant un antigène particulier de l'organisme à l'origine de la maladie, en générale par injection ou voie orale.

Indiens/Indiennes

Le terme de peuples autochtones fait généralement référence aux habitants indigènes du Canada qui forment trois groupes principaux reconnus par la Constitution—les Inuit, les Premières nations et le peuple Métis. Au sein de ces larges groupes, on compte un certain nombre de langues et de cultures différentes. Aujourd'hui, le terme Premières nations remplace celui d'Indien, qui avait historiquement été utilisé par le gouvernement canadien pour décrire les peuples indigènes avec lesquels les gouvernements canadien ou britannique avaient signé des traités. Les Métis constituent un peuple autochtone à part dont les premiers ancêtres étaient d'ascendance mixte (Premières nations, ou Inuit dans le cas des Métis du Labrador, et européenne). L'appellation Inuit remplace le terme Esquimau et s'applique aux peuples indigènes du Nord.

—*Commission royale sur les peuples autochtones*

Indigène

Le terme de peuples autochtones fait généralement référence aux habitants indigènes du Canada qui forment trois groupes principaux reconnus par la Constitution—les Inuit, les Premières nations et le peuple Métis. Au sein de ces larges groupes, on compte un certain nombre de langues et de cultures différentes. Aujourd'hui, le terme Premières nations remplace celui d'Indien, qui avait historiquement été utilisé par le gouvernement canadien pour décrire les peuples indigènes avec lesquels les gouvernements canadien ou britannique avaient signé des traités. Les Métis constituent un peuple autochtone à part dont les premiers ancêtres étaient d'ascendance mixte (Premières nations, ou Inuit dans le cas des Métis du Labrador, et européenne). L'appellation Inuit remplace le terme Esquimau et s'applique aux peuples indigènes du Nord.

—*Commission royale sur les peuples autochtones*

Infection transmissible sexuellement

Le terme de « maladie vénérienne » a été remplacé par le terme maladie transmissible sexuellement » (MTS) dans les années 1970, car le nouveau terme avait une connotation moins négative et qu'il était plus englobant. (Le terme « infection transmissible sexuellement » (ITS) est aujourd'hui utilisé pour parler également des infections qui ne débouchent pas toujours sur la maladie).

Infirmière de la santé publique

Un membre de la profession infirmière possédant une formation spécialisée dans la théorie et la pratique de la santé publique. Les infirmières de la santé publique fournissent les services de soins maternels ainsi que pour les enfants et les nourrissons, d'éducation sanitaire,

de dépistage des contacts dans la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles, et des visites à domicile pour les personnes âgées et handicapées, pour n'en citer que quelques-uns.

Ingénieur en santé publique

Également appelé « ingénieur sanitaire », il est formé de manière professionnelle à sa spécialité consacrée à l'élimination sanitaire des eaux usées, la conception et le fonctionnement des stations de traitement des eaux usées et la prestation d'eau potable pure ainsi qu'à d'autres aspects du contrôle et de la surveillance environnementale, y compris la qualité de l'air et l'élimination des déchets solides.

Inoculation

Synonyme du terme vaccination, elle consiste en l'introduction artificielle de l'immunité active en administrant un antigène particulier de l'organisme à l'origine de la maladie, en général par injection ou voie orale.

Inspecteur hygiéniste

Également appelé inspecteur-hygiéniste ou inspecteur sanitaire, c'est un spécialiste qui a reçu une formation technique pour les risques environnementaux pour la santé en raison de déficiences dans l'assainissement, la ventilation, la manipulation des aliments et l'hygiène.

Insuline

Une hormone essentielle sécrétée par le pancréas et qui est incontournable dans le métabolisme des hydrates de carbone et des graisses.

Inuit

Le terme de peuples autochtones fait généralement référence aux habitants indigènes du Canada qui forment trois groupes principaux reconnus par la Constitution—les Inuit, les Premières nations et le peuple Métis. Au sein de ces larges groupes, on compte un certain nombre de langues et de cultures différentes. Aujourd'hui, le terme Premières nations remplace celui d'Indien, qui avait historiquement été utilisé par le gouvernement canadien pour décrire les peuples indigènes avec lesquels les gouvernements canadien ou britannique avaient signé des traités. Les Métis constituent un peuple autochtone à part dont les premiers ancêtres étaient d'ascendance mixte (Premières nations, ou Inuit dans le cas des Métis du Labrador, et européenne). L'appellation Inuit remplace le terme Esquimau et s'applique aux peuples indigènes du Nord.

—*Commission royale sur les peuples autochtones*

ITS

Le terme de « maladie vénérienne » a été remplacé par le terme « maladie transmissible sexuellement » (MTS) dans les années 1970, car le nouveau terme avait une connotation moins négative et qu'il était plus englobant. Le terme « infection transmissible sexuellement » (ITS) est aujourd'hui utilisé pour parler également des infections qui ne débouchent pas toujours sur la maladie.

Latrines

Toilettes extérieures.

Maladie transmissible sexuellement

Le terme de « maladie vénérienne » a été remplacé par le terme « maladie transmissible sexuellement » (MTS) dans les années 1970, car le nouveau terme avait une connotation moins négative et qu'il était plus englobant. (Le terme « infection transmissible sexuellement » (ITS) est aujourd'hui utilisé pour parler également des infections qui ne débouchent pas toujours sur la maladie).

Maladies vénériennes

Le terme de « maladie vénérienne » a été remplacé par le terme « maladie transmissible sexuellement » (MTS) dans les années 1970, car le nouveau terme n'avait une connotation moins négative et qu'il était plus englobant. Le terme « infection transmissible sexuellement » (ITS) est aujourd'hui utilisé pour parler également des infections qui ne débouchent pas toujours sur la maladie.

Malaria

Une infection du sang et des organes hématopoïétiques aigüe causée par des protozoaires et transmise par les moustiques, causant des accès répétitifs de forte fièvre en raison de la destruction des corpuscules rouges par les parasites du paludisme.

Méningite

Inflammation de la membrane du cerveau et de la moelle épinière provoquée par des bactéries ou des virus. Cette maladie potentiellement mortelle peut être contractée lors d'une épidémie ou à la suite de complications entraînées par d'autres maladies infectieuses. Elle peut être prévenue par des vaccins spécifiques à chaque type.

Métis

Le terme de peuples autochtones fait généralement référence aux habitants indigènes du Canada qui forment trois groupes principaux reconnus par la Constitution—les Inuit, les Premières nations et le peuple Métis. Au sein de ces larges groupes, on compte un certain nombre de langues et de cultures différentes. Aujourd'hui, le terme Premières nations remplace celui d'Indien, qui avait historiquement été utilisé par le gouvernement canadien pour décrire les peuples indigènes avec lesquels les gouvernements canadien ou britannique avaient signé des traités. Les Métis constituent un peuple autochtone à part dont les premiers ancêtres étaient d'ascendance mixte (Premières nations, ou Inuit dans le cas des Métis du Labrador, et européenne). L'appellation Inuit remplace le terme Esquimau et s'applique aux peuples indigènes du Nord.

—*Commission royale sur les peuples autochtones*

Morbidité

Maladie, état de malaise.

MTS

Le terme de « maladie vénérienne » a été remplacé par le terme « maladie transmissible sexuellement » (MTS) dans les années 1970, car le nouveau terme avait une connotation moins négative et qu'il était plus englobant. Le terme « infection transmissible sexuellement » (ITS) est aujourd'hui utilisé pour parler également des infections qui ne débouchent pas toujours sur la maladie.

MV

Le terme de « maladie vénérienne » a été remplacé par le terme « maladie transmissible sexuellement » (MTS) dans les années 1970, car le nouveau terme n'avait une connotation moins négative et qu'il était plus englobant. Le terme « infection transmissible sexuellement » (ITS) est aujourd'hui utilisé pour parler également des infections qui ne débouchent pas toujours sur la maladie.

Névralgie

Douleurs nerveuses chroniques.
—*MayoClinic.com*

Non vacciné

Une personne ou un animal qui ne se sont pas vu administrer l'antigène propre à l'organisme à l'origine de la maladie.

Obstétrique

Spécialité de la médecine qui prend en charge les femmes enceintes, la gestion du travail et de l'accouchement et la période postpartum.

Orthopédie

S'applique à la spécialité de la chirurgie qui a pour objet les fractures, les dislocations, et les autres lésions des os et des articulations et qui se focalise sur le traitement des déformations osseuses.

Pandémie

Une épidémie qui transcende les frontières nationales et qui se propage dans le monde, en partie ou en entier.

Pasteurisation

Traitement thermique du lait, des produits laitiers et autres produits alimentaires pour anéantir des microorganismes potentiellement nuisibles

Pasteuriser

Traiter thermiquement le lait, les produits laitiers et autres produits alimentaires pour anéantir des microorganismes potentiellement nuisibles.

Pathologiste

Spécialiste en pathologie, l'étude scientifique des changements dans les organes et les tissus de l'organisme associés aux cas et à la progression des maladies.

Pénicilline

Le premier antibiotique efficace dérivé d'un champignon ou d'une moisissure, une découverte effectuée en 1928 par Alexander Fleming.

Peste

Une des maladies contagieuses les plus dangereuses, elle est causée par une bactérie qui est transmise aux humains par les morsures de puces de rats.

Physiologie

La science qui a pour objet le fonctionnement de l'organisme ainsi que de ses organes et tissus.

Pneumonie

Une maladie inflammatoire des tissus pulmonaires occasionnée par des bactéries ou des virus au cours de laquelle les alvéoles pulmonaires se remplissent de fluide ce qui nuit à la fonction de respiration efficace.

Polio

Connue également sous l'appellation poliomyélite, il s'agit d'une maladie virale contagieuse transmise par la voie oro-fécale. Généralement associée au développement d'anticorps qui n'est pas accompagné de symptômes, elle peut causer une inflammation et une perturbation aigües du fonctionnement du nerf rachidien, ce qui entraîne une paralysie des muscles contrôlés par ces nerfs. La poliomyélite paralytique peut être prévenue par l'administration du vaccin Salk conçu à partir d'organismes morts ou par l'ingestion du vaccin de Sabin à virus vivant atténué.

Poliomyélite

Connue également sous l'appellation polio, il s'agit d'une maladie virale contagieuse transmise par la voie oro-fécale. Généralement associée au développement d'anticorps qui n'est pas accompagné de symptômes, elle peut causer une inflammation et une perturbation aigües du fonctionnement du nerf rachidien, ce qui entraîne une paralysie des muscles contrôlés par ces nerfs. La poliomyélite paralytique peut être prévenue par l'administration du vaccin Salk conçu à partir d'organismes morts ou par l'ingestion du vaccin de Sabin à virus vivant atténué.

Poumon d'acier

Mot populaire désignant le type d'appareil respiratoire inventé par l'Américain Philip Drinker, qui fonctionne en enrobant un corps dans un cylindre étanche à l'air au sein duquel la pression d'air est tantôt élevée tantôt abaissée en vue d'assister l'inspiration et l'expiration lorsque les muscles respiratoires sont paralysés.

Premières nations

Le terme de «peuples autochtones» fait généralement référence aux habitants indigènes du Canada qui forment trois groupes principaux reconnus par la Constitution—les Inuit, les Premières nations et le peuple Métis. Au sein de ces larges groupes, on compte un certain nombre de langues et de cultures différentes. Aujourd'hui, le terme Premières nations remplace celui d'Indien, qui avait historiquement été utilisé par le gouvernement canadien pour décrire les peuples indigènes avec lesquels les gouvernements canadien ou britannique avaient signé des traités. Les Métis constituent un peuple autochtone à part dont les premiers ancêtres étaient d'ascendance mixte (Premières nations, ou Inuit dans le cas des Métis du Labrador, et européenne). L'appellation Inuit remplace le terme Esquimau et s'applique aux peuples indigènes du Nord.

—*Commission royale sur les peuples autochtones*

Préventorium

Un établissement spécialisé pour les soins et le traitement des sujets atteints de tuberculose.

Promotion de la santé

Les politiques et les mesures qui permettent aux populations d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé tout en l'améliorant, en répondant aux besoins de la population dans son ensemble.

Prophylactique

Relative à la prophylaxie, en d'autres termes, la gestion préventive des maladies chez les individus et les populations.

Prophylaxie

La gestion préventive des maladies chez les individus et les populations.

Quarantaine

Isolement d'un animal ou d'une personne qui est connu comme présentant un cas de maladie contagieuse dans le but de prévenir la transmission de la maladie aux autres.

Rage

Il s'agit d'une maladie virale qui est presque invariablement mortelle et transmise par la salive d'animaux contaminés. Chez les humains, une longue période d'incubation peut précéder les symptômes d'appréhension, suivis de délires, de fièvre, de convulsions et de la mort. Autrefois portant le nom d'*hydrophobie*, signifiant l'aversion ou la peur de l'eau.

Revue canadienne de santé publique

La revue canadienne de santé publique, sous des noms différents, a donné l'impulsion à la création de l'ACSP. Publiée pour la première fois sous le nom de *Revue canadienne de santé publique* en 1910, suivi de l'appellation *Canadian*

Therapist and Sanitary Engineer, puis du nom *Public Health Journal of Canada* et enfin de *Revue de santé publique*, et ce, juste en 1910. Elle a été renommée *Canadian Public Health Journal* (de 1929 à 1942) pour devenir *La revue canadienne de santé publique* (1943 à aujourd'hui).

Revue de santé publique

La revue canadienne de santé publique, sous des noms différents, a donné l'impulsion à la création de l'ACSP. Publiée pour la première fois sous le nom de *Revue canadienne de santé publique* en 1910, suivi de l'appellation *Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, puis du nom *Public Health Journal of Canada* et enfin de *Revue de santé publique*, et ce, juste en 1910. Elle a été renommée *Canadian Public Health Journal* (de 1929 à 1942) pour devenir *La revue canadienne de santé publique* (1943 à aujourd'hui).

Risque

La probabilité qu'un événement survienne. D'un point de vue non technique, le terme couvre plusieurs significations et mesures de probabilité, et ces dernières éclipsent la signification technique et crée la confusion entre « risque » et « danger », qui peut être défini comme tout agent ou facteur éventuellement nuisible. Dans les discussions techniques, ainsi que dans les estimations actuarielles et les évaluations des risques pour l'environnement, l'utilisation du terme « risque » s'applique mieux aux situations pour lesquelles un événement peut être estimé ou calculé.

Rougeole

Une maladie virale hautement infectieuse présentant un taux très élevé de létalité chez les nourrissons et les jeunes enfants s'ils ne sont pas vaccinés.

Santé communautaire

Même si elle est souvent associée au terme de « santé publique », cette expression désigne plutôt une communauté qui ne souffre pas de problèmes de santé persistants, de pauvreté systémique, de chômage ou de pathologie sociale.

Scarlatine

Une maladie contagieuse auparavant commune chez les enfants et les jeunes adultes, causée par une infection et présentant un rash cutané sur le visage et les membres, souvent suivis d'une fièvre rhumatismale. Sans traitement, la maladie s'avérait souvent grave, voire mortelle, mais elle est devenue rare et dans la plupart des cas inoffensive.

Septique

Contaminé avec des bactéries, relatif à un système septique pour l'élimination des eaux usées.

—*Oxford Canadian Dictionary*

Sérum convalescent

Composants liquides du plasma sanguin extraits d'un individu qui s'est remis d'une infection donnée et qui pourraient s'avérer utiles pour traiter un individu atteint de la même infection.

Société des Nations

Une organisation internationale créée à la fin de la Première Guerre mondiale pour le maintien de la paix et de la sécurité au moyen de l'arbitrage des conflits internationaux.

—*L'Encyclopédie canadienne en ligne*

Syphilis

L'infection transmissible sexuellement la plus grave et mortelle jusqu'à l'apparition du VIH/SIDA dans les années 1980. Elle constitue la première et la pire maladie vénérienne et elle est apparue pour la première fois à la fin du XIV^e ou au début du XV^e siècle sous la forme d'une épidémie floride aigüe et souvent rapidement mortelle avant de devenir chronique accompagnée d'une phase latente et de se transformer en syphilis tertiaire touchant le système nerveux central, le système cardiovasculaire et parfois d'autres organes. Plusieurs décennies après les années 1950, la syphilis a été bien maîtrisée jusqu'à devenir peu commune, mais elle a connu une période de résurgence, principalement au sein du groupe de population présentant un système immunitaire compromis en raison de l'infection du VIH/SIDA.

TB

Une maladie d'origine bactérienne causée par la *Mycobacterium tuberculosis*. On estime qu'un tiers de la population mondiale est porteur de la tuberculose (TB), mais seule une proportion minime est atteinte de la maladie évolutive, qui attaque le plus souvent les poumons même si d'autres organes peuvent être touchés. Auparavant dénommée la peste blanche, en raison de la pâleur des malades.

Tétanos

Une maladie généralisée due à la toxine qui envahit généralement l'organisme à travers une laceration ou une fracture ouverte qui n'ont pas été nettoyées de manière adéquate; la toxine du tétanos provoque des spasmes musculaires et la rigidité des muscles volontaires.

Toxoïde

Une toxine de type bactérien ou autre qui a été traitée avec du formaldéhyde en vue de réduire sa toxicité, mais sans pour autant diminuer ses propriétés antigéniques. Les vaccins contre la diphtérie et le tétanos sont préparés à partir de toxoïdes.

Tuberculose

Une maladie d'origine bactérienne causée par la *Mycobacterium tuberculosis*. On estime qu'un tiers de la population mondiale est porteur de la tuberculose (TB), mais seule une proportion minime est atteinte de la maladie évolutive, qui attaque le plus souvent les poumons même si d'autres organes peuvent être touchés. Auparavant dénommée la peste blanche, en raison de la pâleur des malades.

Typhoïde

Également appelée fièvre entérique, la typhoïde est une maladie systémique grave habituellement transmise par voie oro-fécale ou par l'eau et les aliments contaminés par la *Salmonella typhi*. La typhoïde présentait par le passé un taux de létalité de 10 à 20 %, mais elle répond bien aux antibiotiques et l'assainissement ainsi que l'accès à l'eau potable l'ont pratiquement éliminée des milieux urbains modernes.

Typhus

Une maladie endémique grave, transmise par les poux de corps, présentant un taux de mortalité élevé si elle n'est pas traitée. Le typhus est généralement associé aux vêtements sales et comportant des vermines et le surpeuplement.

Vaccin

L'antigène bioactif qui est injecté ou administré par voie orale en vue d'immuniser (vacciner) les individus contre les maladies transmissibles.

Vaccination

Également appelée immunisation, elle consiste en l'introduction artificielle de l'immunité active en administrant un antigène particulier de l'organisme à l'origine de la maladie, en général par injection ou voie orale.

Variole

Également connue sous l'appellation de petite vérole, cette maladie virale extrêmement contagieuse s'est manifestée par des épidémies dévastatrices présentant des taux de mortalité qui allaient jusqu'à s'élever entre 30 et 40 % jusqu'à ce que le vaccin contre la variole (vaccine) soit testé avec succès en 1796–98 par le médecin de campagne britannique Edward Jenner. En 1980, L'Organisation mondiale de la santé a déclaré que la variole était mondialement éradiquée.

Rédacteurs et rédactrices en chef

Revue canadienne de santé publique

La Revue canadienne de santé publique, sous des noms différents, a donné l'impulsion à la création de l'ACSP. Publiée pour la première fois sous le nom de *Revue canadienne de santé publique* en 1910, suivi de l'appellation *Canadian Therapist and Sanitary Engineer*, puis du nom *Public Health Journal of Canada* et enfin de *Revue de santé publique*, et ce, juste en 1910. Elle a été renommée *Canadian Public Health Journal* (de 1929 à 1942) pour devenir la *Revue canadienne de santé publique* (1943 à aujourd'hui).

Les rédacteurs et rédactrices en chef (plus tard appelés rédacteurs ou rédactrices scientifiques) sont énumérés ci-dessous.

(1910–1916)	Duncan Anderson and L.M. Coulter	(1974–1981)	Andrew M. Sherrington
(1916–1927)	Gordon Bates	(1981–1991)	John Last
(1928–1964)	Robert D. Defries	(1992–1995)	Stephen Corber
(1964–1965)	Antoine B. Valois and Edgar J. Young	(1996–1998)	Richard Mathias
(1966–1967)	William G. Brown	(1998–2001)	Douglas Angus
(1968–1969)	J. Ellis Moore	(2001–2006)	Patricia Huston
(1970–1973)	J. J. Keays	(2006–2007)	Jeanette Ward
		(2007–present)	Gilles Paradis

Anciens présidents/ responsables du Conseil d'administration de l'ACSP

1910	Dr. T.A. Starkey	1940	Dr. R.O. Davidson
1911	Dr. T.A. Starkey	1941	Dr. J. Grégoire
1912	Dr. C.A. Hodgetts	1942	Dr. J.J. McCann
1913	Dr. John W.S. McCullough	1943	Dr. A. Groulx
1914	Dr. C.J. Hastings	1944	Dr. B.T. McGhie
1915	Dr. M.M Seymour	1945	~
1916	Dr. C.J. Hastings	1946	Dr. C.W. MacMillan
1917	Dr. J.D. Pagé	1947	Dr. A.R. Foley
1918	Dr. W.H. Hattie	1948	Dr. G.F. Amyot
1919	Dr. J.A. Hutchinson	1949	Dr. A.G. Morton
1920	Dr. H.E. Young	1950	Dr. J.T. Phair
1921	Dr. A.Y. Amyot	1951	Dr. G.D. Cameron
1922	Dr. W.F. Roberts	1952	Dr. M.R. Elliott
1923	Dr. J.A. Baudouin	1953	Dr. R.D. Defries
1924	~	1954	Mr. T.J. LaFrenière, P. Eng.
1925	Dr. J.A. Baudouin	1955	Dr. A. Sommerville
1926	Dr. G.D. Porter	1956	Dr. J.A. Melanson
1927	Dr. G.D. Porter	1957	Dr. L.A. Pequegnat
1928	Dr. G.D. Porter	1958	Dr. S. Murray
1929	Dr. N.M. Harris	1959	Dr. Jules Gilbert
1930	Dr. A.J. Douglas	1960	Dr. John S. Robertson
1931	Dr. F.C. Middleton	1961	Dr. H. Burns Roth
1932	Dr. W.J. Bell	1962	Dr. Gordon W. Brown
1933	Dr. Wm. Warwick	1963	Dr. Ken C. Charron
1934	Dr. A. Lessard	1964	Dr. O.H. Curtis
1935	Dr. F.W. Jackson	1965	Dr. M.G. McCallum
1936	Dr. J.W. McIntosh	1966	Dr. Jacques Gélinas
1937	Dr. M.R. Bow	1967	Dr. Leonard A. Miller
1938	Dr. P.S. Campbell	1968	Dr. James A. Taylor
1939	Dr. R.E. Wodehouse	1969	Dr. C.B. Stewart

1970	Dr. James B. Morrison	1990	Ms. Sandy McKenzie
1971	Mrs. Geneva Lewis, R.N.	1991	Ms. Fran Perkins
1972	Dr. Vince L. Matthews	1992	Ms. Fran Perkins
1973	Dr. Jean M. Fredette	1993	Mr. Merv Ungurain
1974	Dr. Boyd Suttie	1994	Mr. Merv Ungurain
1975	Dr. E.S.O. Smith	1995	Ms. Nancy Kotani
1976	Dr. E.A. Watkinson	1996	Ms. Nancy Kotani
1977	Dr. K.E. Benson	1997	Dr. John Hastings
1978	Dr. K.E. Benson	1998	Dr. John Hastings
1979	Mr. Ralph Ricketts	1999	Dr. David Butler-Jones
1980	Mr. Ralph Ricketts	2000	Dr. David Butler-Jones
1981	Dr. Marie Loyer, Ph.D.	2001	Dr. David Butler-Jones
1982	Dr. Marie Loyer, Ph.D.	2002	Dr. Christina Mills
1983	Dr. David A. Clarke	2003	Dr. Christina Mills
1984	Dr. David A. Clarke	2004	Dr. Christina Mills
1985	Mrs. Karen Mills, R.N.	2005	Ms. Sheilah Sommer
1986	Mrs. Karen Mills, R.N.	2006	Ms. Sheilah Sommer
1987	Dr. Franklin M.M. White	2007	Mr. Ron de Burger
1988	Dr. Franklin M.M. White	2008	Mr. Ron de Burger
1989	Ms. Sandy McKenzie	2009	Dr. Cordell Neudorf
		2010	Dr. Cordell Neudorf
		2011	Ms. Erica Di Ruggiero