

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

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

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

Sanofi 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

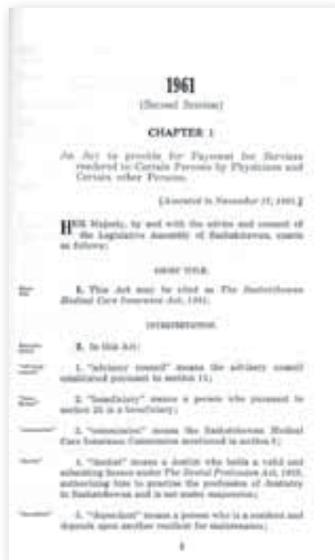
santé publique, souligne l'importance de consacrer davantage d'énergie à l'éducation en matière de santé publique, à la formation professionnelle, à la recherche ainsi qu'à la prestation de services préventifs. Dans cette même édition de la *Revue*, le Dr K.C. Charron, directeur des services de santé 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 Kernen

*Promotion du développement
de la santé communautaire*

Hester Kernen 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} Kernen 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} Kernen 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} Kernen 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 combatifs, 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