

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>



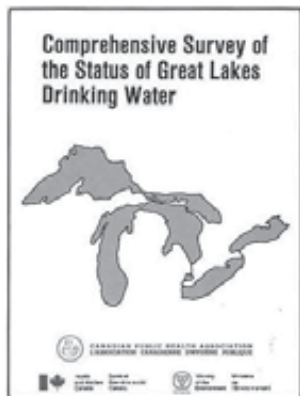
John E.F. Hastings

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



Sélection santé ACSP, 1984

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*

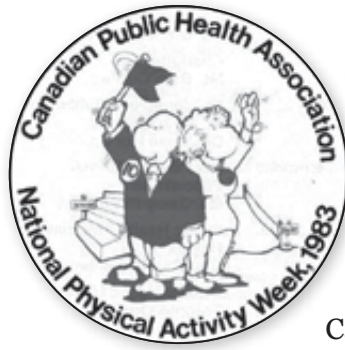
D^r Cortlandt John Gordon Mackenzie est l'un des fondateurs de l'Association de la planification familiale en Colombie-Britannique, y agissant notamment à titre de président et d'expert-conseil médical. Il est également directeur général et vice-président de la Fédération des associations de planification 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'ICHP, 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° 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)

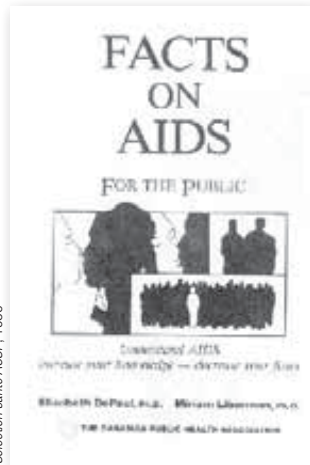
du milieu de la santé publique en raison d'éclotions de cette maladie dues au faible taux d'immunisation des enfants, pourtant souvent vaccinés contre la rougeole. En 1978, le nombre élevé de cas de rougeole en Amérique latine, des écarts entre les programmes de vaccination contre la rougeole au Canada 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