

Épilogue

Par John M. Last¹

En 1972, le président de l'ASCP, Vince Matthews (1922-1988), intitule son discours annuel *Le passé est un prologue* et, faisant allusion à l'avenir, clôt son allocution sur l'état de la santé publique et des services de santé publique en déclarant : « Vous n'avez encore rien vu! » Son titre convient parfaitement au contenu de cet ouvrage et sa conclusion s'applique à cet épilogue. Vince Matthews n'a pu voir le chemin que nous avons accompli depuis qu'il a prononcé ces paroles. Il aurait apprécié ce livre, comme tant d'autres hommes et femmes dans le domaine de la santé publique – certains y étant mentionnés, d'autres non. Au cours des dernières années, lors des réunions des dirigeants de la santé publique du Canada, les conversations ont parfois porté sur la nécessité d'écrire l'histoire de notre santé publique. Cette histoire est racontée en partie, et elle se termine à l'orée de progrès majeurs pour la santé publique canadienne; l'histoire devient plus intéressante que jamais.

Ce livre trace l'histoire chronologique de la santé publique au Canada, de l'époque des colonies à 1986. Cette période peut être vue comme un prélude aux progrès de la science et de la pratique de la santé publique qui s'annonçaient au moment où ce récit prend fin. Il aurait cependant été imprudent d'écrire

cette « histoire » jusqu'à nos jours, tant il est difficile, voire impossible, de saisir l'importance de certains événements et de leurs protagonistes vis-à-vis du grand ordre des choses. Il faut pour cela de nombreuses années. Il est également difficile, voire impossible, de parler de manière impartiale des événements et des personnes qui les ont rendus possibles ou les ont empêchés. Il est préférable de patienter afin de savoir quels progrès auront joué un rôle durable. Le *Dictionary of National Biography (DNB)* britannique pratique la règle des 50 ans, selon laquelle aucun nom n'y apparaît tant que 50 années ne se sont pas écoulées après le décès. La divulgation de dossiers du Cabinet et d'autres documents confidentiels du gouvernement est souvent astreinte à une règle de communicabilité de 20 ou 30 ans. Attendre 50 ans serait exagéré en ce qui concerne l'histoire de la santé publique au Canada. Des faits de la plus haute importance se sont produits depuis les années 1960. La seconde moitié du 20^e siècle a été une période remarquable en ce qui concerne les découvertes scientifiques, les progrès techniques, l'innovation dans la pensée conceptuelle et la réorientation des valeurs et des croyances sur le rôle et les responsabilités de la famille, les différences de sexe et de race, et l'égalité raciale. Ces profonds changements ont contribué à l'amélioration de la santé de la population et influé sur de nombreux aspects

¹ Avec la contribution de Gerry Dafoe, de Margaret Hilson, de Trevor Hancock, de Jamie Hockin, de Cory Neudorf, de Klaus Seeger et d'Erica Di Ruggiero

de la pratique de la santé publique, mais aussi de la pratique de la médecine clinique et des soins infirmiers, rapprochant d'une certaine manière ces branches autrefois divergentes du secteur de la santé. Certains de ces progrès, de ces découvertes et de ces concepts remontant aux années 1960 sont mentionnés dans cet ouvrage; certains autres doivent être mentionnés dans cet épilogue, nonobstant la règle des 20 ans ou des 50 ans. Aussi évoquerons-nous dans les lignes qui suivent certains faits s'étant produits après 1986 fortement susceptibles d'influencer le développement des services de santé publique au Canada ainsi que la santé des Canadiens. Quant à savoir si leur mention dans cet épilogue relève d'une intuition exceptionnelle ou simplement d'un orgueil démesuré, il reviendra aux historiens de demain d'en juger.

Le passé que nous avons décrit dans les chapitres précédents peut être brièvement résumé. Les services de santé publique ont commencé à prendre forme au Canada à la fin du 19^e siècle et au début du 20^e siècle, guidés dans leur développement par des leaders inspirants. D'où qu'elles proviennent, des découvertes importantes sur la manière de promouvoir, d'améliorer, de protéger et de préserver la santé de la population canadienne ont la plupart du temps été mises en pratique rapidement, en particulier dans les grandes villes. Dans certains cas, comme la fluoruration des approvisionnements en eau ou l'accès des femmes aux centres de procréation, la mise en œuvre a été inégale, incomplète et variable selon les provinces et selon qu'il s'agissait d'agglomérations urbaines ou de régions rurales, mais, en règle générale, le Canada s'est maintenu au niveau des autres pays industrialisés et a été, dans certains cas, un chef de file.

Dans les années 1970, les concepts canadiens au sujet des déterminants d'une bonne santé sont une référence dans le monde entier. Ils sont présentés dans le document intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*² (le rapport Lalonde) et contribuent à réorienter la santé publique vers la promotion de la santé, sans pour autant négliger l'importance de la protection de la santé et de la prévention des problèmes de santé au moyen du contrôle des facteurs environnementaux et de l'amélioration de l'immunité grâce à l'usage accru des vaccins. Les concepts de promotion de la santé sont exprimés dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé³, une déclaration de principes finalisée et ratifiée lors d'une conférence organisée par l'Association canadienne de santé publique à Ottawa en 1986, coparrainée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Santé et Bien-être Canada. Parallèlement à cette conférence, Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être de l'époque, publie *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*⁴ (le rapport Epp). Ron Draper (1935-1997), premier directeur général de la Direction de la promotion de la santé, joue un rôle capital dans l'élaboration de ce rapport et du document de l'OMS qui deviendra la Charte d'Ottawa. Il devient un leader mondial des principes et de la pratique de la promotion et de la protection de la santé

2 Marc Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail* (avril 1974) Ottawa : gouvernement du Canada, sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>

3 Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, première Conférence internationale pour la promotion de la santé (21 novembre 1986) WHO/HPR/HEP/95.1, sur Internet : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

4 Jake Epp, *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. (1986) Ottawa : Santé et Bien-être Canada

dans les années 1970 et 1980. Les concepts et les applications pratiques de la promotion et de la protection de la santé et de la prévention des maladies et des blessures ont fait l'objet d'autres améliorations lors de conférences ultérieures de l'OMS sur la promotion de la santé, à Adélaïde en 1988, et à Bangkok en 2005; toutefois, c'est au Canada et aux Canadiens que revient le mérite des concepts originaux en la matière, et tout particulièrement à Ron Draper. Tous les Canadiens, pas seulement le secteur de la santé, peuvent s'enorgueillir de cette réalisation, qui a été immédiatement appliquée au mouvement villes-santé. Toronto est devenu une ville-santé à l'avant-garde du mouvement de l'OMS grâce à l'énergie, à la diligence et au dévouement de Trevor Hancock et de ses collègues, qui ont lancé le mouvement lors de la conférence *Beyond Health Care* de Toronto où le concept des villes-santé est inauguré, mais aussi grâce à la collaboration du maire et des autres élus municipaux, qui ont permis la création du premier bureau ville-santé au Canada, du premier conseil municipal sur la politique alimentaire, et favorisé d'autres projets comme l'amélioration des aménagements piétonniers et cyclistes de l'agglomération. Le bureau ville-santé de Toronto s'est assuré que les services municipaux tiennent compte des effets de leurs décisions sur la santé, et il a encouragé et favorisé les actions de voisinage, créant ainsi des passerelles entre les dimensions environnementale, sociale et économique. Ce succès n'a pas été suffisamment souligné au Canada, ni ailleurs dans le monde. Cet ouvrage est une occasion de célébrer cette réalisation et de reconnaître le mérite de ceux et celles qui y ont contribué, ainsi que de tous ceux et celles qui ont collaboré à ces activités et les ont soutenues.

Après avoir travaillé aux côtés de Ron Draper, de Trevor Hancock et d'autres, Ilona Kickbusch, OMS, a rapporté ces concepts et ces méthodes en Europe, où ils ont été appliqués à bon escient au projet villes-santé européennes en santé de l'OMS, qui a vu le jour en 1986, avant de se répandre partout dans le monde.

Sur le plan individuel comme sur le plan collectif, les Canadiens jouent depuis longtemps un rôle important dans la santé internationale. Nous avons tous entendu parler de Norman Bethune, qui a d'abord été chirurgien de guerre lors de la guerre civile en Espagne, puis membre de l'armée communiste de Mao Zedong, avant de mourir d'une septicémie lors de la Longue Marche. Nombre de médecins, d'infirmières et d'infirmiers canadiens moins illustres ont consacré leur vie à des activités plus significatives quoique moins spectaculaires que la chirurgie de guerre; ils ont renforcé les capacités des systèmes et des services de santé publique, notamment en protégeant et en redonnant la santé à des nourrissons et à des enfants dans des pays en développement. À titre d'exemple, citons le travail des D^{rs} Donald et Elizabeth Hillman, pédiatres formés à l'Université McGill, qui ont œuvré durant de nombreuses années dans l'est de l'Afrique, en Ouganda, en Tanzanie, au Kenya, en Zambie, et plus tard, en Malaisie et au Koweït. Leur travail a été récompensé lorsque tous deux ont été nommés Officiers de l'Ordre du Canada. Toutefois, la gratitude des milliers d'Africains qui sont aujourd'hui en vie grâce à leurs efforts, et celle de nombreux étudiants, jeunes médecins et infirmières qui les considèrent comme des modèles et marchent sur leurs traces, est, en définitive, la distinction la plus importante de toutes. Bien d'autres médecins et infirmières dévoués, comme les Hillman,

mènent discrètement leur mission : celle d'améliorer la santé et la vie des plus défavorisés dans les pays pauvres, les camps de réfugiés, les zones de guerre et les régions touchées par des catastrophes naturelles. Le monde n'est jamais à court de collectivités et de régions dans le besoin, ni, semble-t-il, d'infirmiers et d'infirmières, de vétérinaires, d'ingénieurs sanitaires, d'éducateurs en matière de santé et de médecins canadiens zélés et altruistes, prêts à aider où et quand le besoin se fait sentir. Nombre d'infirmières et d'infirmiers, de médecins et d'autres professionnels de la santé ont mené des carrières remarquables dans le domaine de la santé publique, sous l'égide d'organisations non gouvernementales (ONG), comme le CUSO, d'ONG internationales, comme le Comité international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de Médecins Sans Frontières, ou encore de missions religieuses, et ont contribué ainsi à faire du Canada une nation réputée pour son action bénéfique dans le monde.

Le programme international d'immunisation contre toutes les maladies pouvant être prévenues par un vaccin dans les pays en développement du Commonwealth et francophones, lancé par l'Association canadienne de santé publique et d'autres ONG en 1986, en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF, est devenu l'Initiative canadienne d'immunisation internationale et se poursuit en 2010, à l'heure où s'écrit cet épilogue. Le rôle de l'Association dans ces activités internationales a été reconnu en 1992, lorsque l'Association a reçu le prestigieux prix Sasakawa de l'OMS, une première historique pour un organisme canadien. Cette contribution a également été récompensée quand Margaret Hilson, directrice des programmes en santé mondiale de

l'Association, a été nommée Officier de l'Ordre du Canada en 2004.

L'Association canadienne de santé publique, comme d'autres intervenants de la santé publique, s'investit depuis plus de trois décennies dans de nombreux programmes et projets de santé environnementale au Canada et parfois à l'étranger. Citons entre autres l'étude et la surveillance de la contamination à l'arsenic provoquée par les mines d'or à Yellowknife (T.-N.-O.) et dans les environs, ainsi qu'au Bangladesh, où la forte concentration d'arsenic contamine les sols, si bien que les pompes à eau financées par le Canada (dans le cadre d'un projet du Centre de recherches pour le développement international) dans le but de fournir de l'eau potable sont une source potentielle d'empoisonnement à l'arsenic. Le problème d'arsenic du Bangladesh n'est pas encore réglé. Parmi les autres problèmes environnementaux d'importance auxquels l'Association et d'autres organismes et individus se sont attaqués, pensons à la contamination au fluorure industriel à Terre-Neuve et des deux côtés de la frontière canado-américaine, près de Cornwall-Massena (cette dernière touchant principalement les Premières nations). L'un des problèmes de santé environnementale les plus inédits a amené l'Association à étudier les effets des vols supersoniques à basse altitude des appareils de l'OTAN au-dessus du Labrador sur la faune et sur les rares peuplements humains de la région. Pensons aussi au développement de programmes de lutte contre les vecteurs de transmission du virus du Nil occidental aux humains, notamment à Winnipeg et dans le sud de l'Ontario. Au début, ces programmes ont eu des effets néfastes sur l'environnement, toutefois, une gestion plus judicieuse de cette lutte a permis

d'en réduire les conséquences sur les insectes, dont l'importance du point de vue de l'écologie et de l'économie n'est plus à démontrer. Citons également la lutte contre les éclosions de listériose dans les usines de transformation de viande. Ce sont les inspecteurs-hygiénistes du Canada qui ont approuvé l'utilisation du programme d'analyse des risques et de maîtrise des points critiques (HACCP) dans les programmes canadiens sur la salubrité des aliments. Au début des années 1990, les inspecteurs-hygiénistes et les professionnels de la santé publique environnementale ont été les premiers au Canada à adopter le programme HACCP aux fins d'évaluation et d'inspection des établissements de vente d'aliments au détail. Le concept HACCP a d'abord été mis en pratique dans le cadre du programme spatial de la NASA. En 1994, l'entrée en vigueur de la *Loi sur la réglementation de l'usage du tabac* en Ontario marque aussi une étape importante de l'amélioration de la santé environnementale au Canada, tout comme l'adoption de lois du même genre dans d'autres provinces. Ces lois ont fait diminuer la consommation de tabac dans les lieux publics, augmenter le pourcentage de désaccoutumance au tabac et ont réduit le nombre d'adolescents qui commencent à fumer.

Depuis les années 1970, et même avant, dans une certaine mesure, la plupart des provinces canadiennes tentent d'organiser et d'offrir leurs propres services de santé publique, dans le but avoué ou non de contrôler et, si possible, de restreindre leurs dépenses. Des réorganisations et des « réformes » répétées des services de santé publique et communautaire ont marqué les cinquante dernières années. Dans le cadre de ces restructurations, certains gouvernements ont réduit leur personnel et leurs services

dans des tentatives draconiennes, considérées par certains comme exagérées, d'économiser l'argent des contribuables. L'éclosion de la bactérie mortelle et incapacitante *E coli* O157:57 à Walkerton, en Ontario, en 2000, et l'éclosion de cryptosporidiose à North Battleford, en Saskatchewan, ont fait la preuve une fois de plus qu'il n'est pas possible de réduire les services de santé publics essentiels sans risque de conséquences néfastes. Les restrictions budgétaires sont quelquefois le résultat de conflits de priorités concernant les fonds des enveloppes de santé provinciales, qui englobent les coûts de personnel et d'infrastructures des hôpitaux, des services médicaux d'urgence et de la médecine familiale. Parfois, les ministères provinciaux de la Santé semblent confondre l'infrastructure et les services de santé publique essentiels et les soins de santé personnels, autrement dit les soins médicaux, en les considérant comme une seule et même chose.

Les services de santé personnels et les services de santé publique ont toutefois fait front commun dans un domaine bien particulier au cours des dernières décennies. Un événement d'une importance historique pour la santé publique a pris racine dans les années 1970 et réuni les services de santé publique et les services de santé personnels d'une toute nouvelle façon. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) a été fondé en 1974; à l'origine, il avait pour mission de vérifier si la procédure de médecine générale connue sous le nom d'examen annuel était financièrement viable dans le cadre du nouveau programme d'assurance-maladie. Ce groupe d'étude mérite d'être mentionné ici, car les méthodes de dépistage employées en médecine clinique préventive, du développement du fœtus aux soins palliatifs en passant par

les soins aux personnes âgées, jouent un rôle de plus en plus prépondérant dans la santé de la population; ces méthodes sont devenues une composante essentielle de l'éventail des programmes de santé publique – un lien entre les services de santé publique et les services de santé personnels. Le GECSSP a donné naissance à de nouveaux outils de médecine factuelle et de santé publique factuelle, et a évalué les méthodes et les processus utilisés pour la détection précoce d'un grand nombre de problèmes de santé mortels ou handicapants. Le GECSSP a également inspiré la création de son équivalent aux États-Unis, et les deux groupes collaborent étroitement depuis le milieu des années 1980. Ils sont maintenant reconnus comme une partie intégrante des services de santé publique et évaluent systématiquement les preuves sur lesquelles sont fondées les recommandations et les mises en garde portant sur les méthodes de dépistage et de détection précoce.

Depuis les années 1980, une série d'événements malheureux ont mis les systèmes de santé sous pression et accentué l'importance accordée à la santé des Canadiens, assuré un financement stable et continu des infrastructures, et augmenté le nombre de professionnels qualifiés dans toutes les professions engagées dans la prestation des services de santé publique. Parmi ces événements, soulignons la montée croissante de la pandémie de VIH/SIDA. En 1993, étant donné la propagation du SIDA dans le monde, la Déclaration du Lac Tremblant du Groupe d'experts sur les maladies infectieuses émergentes appelle à la surveillance, à la recherche, à la prévention des épidémies et à l'intervention des laboratoires pour cibler les maladies émergentes, ainsi qu'à une stratégie nationale en matière de vaccination.

À la fin des années 1980, l'infection au VIH/SIDA et à l'hépatite C de receveurs de sang et de produits sanguins contaminés est un véritable désastre en matière de santé publique et touche des milliers de personnes dans le monde, y compris au Canada. La nomination du juge Horace Krever, mandaté pour étudier la sécurité de l'approvisionnement en sang au Canada, mène à une série de recommandations, dont l'une porte sur l'amélioration des services de santé publique⁵. En 2000, l'une des réponses à cette recommandation prend la forme du regroupement de nombreuses activités de santé publique de Santé Canada, dont le Laboratoire de lutte contre la maladie et la Direction de la promotion de la santé, au sein de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

La population canadienne s'est inquiétée des éclosions et des épidémies d'autres maladies infectieuses, dont le virus du Nil occidental. Quant à la vague de cas d'*E Coli* O157:H7 en 2000 à Walkerton, en Ontario, elle a entraîné au moins sept décès et affecté environ 2 500 personnes, dont certaines conservent des séquelles permanentes au foie et aux reins. Dans ce cas précis, les eaux souterraines contaminées n'avaient pas fait l'objet de tests adéquats, le personnel qualifié était réduit et les centres d'essais de l'eau existants avaient été déclassés sous prétexte que le secteur privé pouvait effectuer ces essais plus efficacement (soit à moindre coût) que les fonctionnaires du gouvernement (à savoir des scientifiques qualifiés en qualité des eaux).

5 *Rapport de la Commission Krever* (1997) Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

En 2003, une épidémie d'un nouveau genre, le syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS, fait environ 330 cas certains et cause 32 décès à Toronto; elle a de graves conséquences économiques lorsque l'OMS émet un avis aux voyageurs les prévenant du risque lié aux visites dans la métropole ontarienne. On estime que l'épidémie de SRAS a entraîné des pertes de 35 millions de dollars par jour à Toronto. Les microbiologistes ont découvert que cette maladie était causée par un coronavirus qui se transmet principalement par les gouttelettes de sécrétions respiratoires dispersées à courte portée. L'étude effectuée ultérieurement par le Dr David Naylor mènera à la publication d'un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS en 2003, qui recommande, entre autres, la création d'une « agence de santé publique » indépendante⁶.

À la suite des recommandations du Dr Naylor, l'Agence de la santé publique du Canada voit le jour en septembre 2004 et son statut de personne morale est confirmé par la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* en 2006. Même si le Dr Naylor envisageait une agence plus indépendante que l'organisation l'est, il convient de noter que le poste d'administrateur en chef de la santé publique est également un poste de sous-ministre, et que celui-ci a pour mandat de communiquer directement avec les Canadiens et le gouvernement au sujet des questions de santé importantes. Le rapport annuel de l'administrateur en chef de la santé publique fait également partie des exigences législatives liées à ses fonctions et le premier de ces rapports, qui

portait sur les inégalités en matière de santé, a été présenté au Parlement en 2008⁷.

Les Instituts de recherche en santé du Canada sont en 2000 dans le but audacieux de transformer la recherche en santé au Canada en excellent « selon les normes internationales reconnues de l'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada »; une vision qui les distingue clairement de leur prédécesseur, le Conseil de recherches médicales. Le gouvernement a demandé aux IRSC d'encourager la recherche en matière de santé axée sur l'intégration et l'interdisciplinarité, non seulement dans les domaines biomédical et clinique, mais aussi sur les systèmes et les services de santé, la santé des populations, et les facteurs d'influence sociétaux, culturels et environnementaux sur la santé. Dans le cadre de la transformation de l'organisation, treize instituts virtuels ont vu le jour, dont l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP), une instance unique au monde.

L'ISPP a pour mission de soutenir la recherche axée sur les interactions complexes (biologiques, sociales, culturelles et environnementales) qui influent sur la santé des personnes et des collectivités, et son application aux politiques et aux pratiques de santé publique. Son premier directeur scientifique, le Dr John Frank, a dirigé l'Institut jusqu'au milieu de l'année 2008 et il est responsable de plusieurs initiatives visant à

6 *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada* (2003) Ottawa : Santé Canada, sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index-fra.php>

7 David Butler-Jones, *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : s'attaquer aux inégalités en santé* (2008) Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/index-fra.php>

renforcer la capacité de recherche de l'ISPP pour répondre à des problèmes de santé publique et à leurs déterminants sous-jacents (la réduction des disparités en matière de santé, les effets des environnements physique et social sur la santé et la santé globale figuraient parmi les priorités de l'Institut). L'ISPP a également été l'un des chefs de file qui ont attiré l'attention sur la fragilité du système de santé publique au Canada en entreprenant une étude multipartite sur l'organisation et le financement des services de santé publique dans des pays comparables, étude entamée plusieurs mois avant l'écllosion de SRAS. Les recommandations du rapport, intitulé *L'avenir de la santé publique au Canada : Édifier un système de santé publique pour le 21^e siècle*, ont été ratifiées par un groupe d'experts sous l'égide de l'Institut, à l'occasion de la conférence de l'Association canadienne de santé publique, à Calgary en 2003. Depuis 2008, l'ISPP est dirigé par la D^{re} Nancy Edwards (professeure à l'Université d'Ottawa) et continue de montrer combien la recherche peut être utile pour régler des problèmes de santé publique pressants. La mission actuelle de l'Institut et ses priorités stratégiques en matière de recherche sont calquées sur plusieurs appels à l'action nationaux et internationaux visant à réduire les inégalités en matière de santé au sein des pays et entre les pays, et à accorder plus d'importance à la recherche appliquée aux politiques et aux programmes qui mènent à l'amélioration de la santé de la population et à la promotion de l'équité en matière de santé.

Conclusion et recommandations

Il est tentant de penser qu'au cours du dernier quart de siècle, la santé publique au Canada

est « parvenue à maturité », mais il serait imprudent de céder à cette tentation, qui a souvent séduit d'éminents représentants des métiers appris, des arts et du commerce. À Paris, à Londres et à New York, les intellectuels de la fin du 19^e siècle croyaient leur société arrivée à l'âge adulte, bien qu'elle n'ait pas atteint la perfection dans le domaine des sciences, des arts et de l'organisation sociale, et rejetaient les critiques pointant du doigt ses failles, notamment une mortalité infantile élevée et l'absence de droit de vote pour les femmes. Depuis cette époque, nous avons parcouru bien du chemin; ce chemin se poursuit cependant vers l'avenir et ses inconnues, mais aussi ses inévitables défis. Les systèmes et les services de santé publique, par exemple, l'un des piliers les plus importants d'une société stable et en santé, sont peu visibles du public, pris pour acquis, méconnus et encore moins appréciés de la société qu'ils servent et protègent, et n'attirent souvent l'attention que lorsque cette société est menacée par une situation d'urgence telle qu'une épidémie mortelle. Trop fréquemment, ces systèmes et services vitaux sont à la merci de représentants élus mal informés et constamment menacés par des politiciens élus sur la base de fausses promesses de réductions fiscales. La mise à exécution de ces menaces érode une infrastructure essentielle et des catastrophes comme l'écllosion d'*E Coli* à Walkerton, en Ontario, peuvent alors se produire. Les professionnels de la santé publique doivent se faire entendre avec plus de force et plaider leur cause avec plus de véhémence que cela a parfois été le cas dans le passé. Le D^r David Butler-Jones, premier administrateur en chef de la santé publique, a prouvé qu'il est un excellent porte-parole. Lui et ceux qui lui succéderont devront

protéger les Canadiens des menaces à leur santé, mais aussi protéger ce poste des menaces visant à le politiser ou à le museler. Une Association canadienne de santé publique politiquement influente s'exprimant au nom de l'ensemble des travailleurs de la santé publique au Canada peut contribuer à maintenir la solidarité dans les rangs si de telles menaces venaient à se manifester et aider à protéger les Canadiens contre des actions politiques malvenues. Pour être crédible, l'Association canadienne de santé publique doit représenter l'ensemble des travailleurs de la santé publique, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. La plupart des nouveaux diplômés venant des nombreux programmes de formation au Canada s'identifient à la discipline dans laquelle ils ont obtenu leur diplôme et non pas à la santé publique. Certains n'ont jamais entendu parler de l'Association, et rares sont ceux qui s'y sont joints, car la plupart ne voient pas le rapport entre l'Association et leur pratique professionnelle. L'Association doit intervenir vigoureusement et changer cette perception.

Faire des prédictions est un exercice risqué, toutefois il semble prudent d'affirmer que les progrès récents dans les domaines de la biologie, de l'écologie, des communications et des technologies de l'information devraient trouver de nombreuses applications dans la pratique de la santé publique. La génomique et le génie génétique sont d'ores et déjà appliqués à la lutte contre les vecteurs, à travers la production d'espèces génétiquement modifiées infertiles ou incapables de porter le pathogène qu'elles transmettraient en temps normal. Des liens plus étroits entre la santé des écosystèmes et la santé humaine doivent être créés afin d'assurer la viabilité des écosystèmes. L'utilisation de l'électronique dans le traitement et le stockage

de l'information, sur des puces, par exemple, à des fins de soins personnels et de santé publique augmente à un rythme spectaculaire. Il est nécessaire de parvenir à un accord et à un consensus entre les spécialistes et les technologues en information sur la santé d'une part, et les gardiens de la confidentialité d'autre part, en ce qui concerne les renseignements de base nécessaires à l'identification des personnes et les mesures essentielles à la protection de la vie privée des individus. Cette question, tout comme d'autres enjeux et problèmes éthiques, n'est pas bien comprise et rarement débattue dans le cadre de la pratique de la santé publique.

Les travailleurs de la santé publique sont des personnes bien formées et bien informées, compétentes et dévouées, qui ont à cœur de protéger et d'améliorer la santé des Canadiens et d'autres populations dans le monde. La hausse récente des programmes d'études supérieures en santé publique est de bon augure pour le renforcement et le renouvellement de la main-d'œuvre en santé publique et la création d'un noyau de nouveaux professionnels qui exerceront un effet positif au cours des décennies à venir. Cet effet dépendra des gouvernements, car la notion de « public » dans l'expression « santé publique » signifie non seulement le bien public, mais aussi le secteur public, qui emploie la majorité des travailleurs de la santé publique. Les gouvernements doivent accroître leurs investissements en santé publique, au-delà du niveau insuffisant où il se trouve aujourd'hui.

La prévention des maladies et des blessures et la promotion de la santé et du bien-être individuels et collectifs demeureront au cœur des préoccupations de la santé publique au cours des décennies à venir. En contrepartie,

un intérêt tout aussi élevé doit être accordé aux déterminants environnementaux, sociaux, économiques et culturels de la santé, conformément à la tradition de la santé publique de ces dernières années. Certains domaines d'intervention axés sur ces grands déterminants devraient tenir un rôle particulièrement important au 21^e siècle.

L'accent sur la santé maternelle, le développement du nourrisson et du jeune enfant en tant qu'investissements à long terme dans le développement humain permettra d'améliorer la santé durant tout le cycle de vie et apportera de nombreux autres avantages sociaux et économiques aux familles, aux collectivités et à la société dans son ensemble.

L'accent sur la santé et l'environnement bâti est capital, dans un monde qui s'urbanise rapidement, tant dans les pays à faible et à moyen revenus qu'au Canada, où 80 % de la population vit dans les agglomérations urbaines, et où nous passons 90 % de notre temps à l'intérieur. L'influence des environnements bâtis sur la sécurité, la pollution intérieure et extérieure, l'activité physique, l'accès à la nourriture, la santé mentale et la cohésion sociale, entre autres, doit faire l'objet d'une intensification de la recherche et des interventions actives.

L'accent sur l'équité en matière de santé, telle qu'elle est identifiée dans le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé qui est soutenu par le Canada, est indispensable. La réduction des inégalités en matière d'accès aux déterminants de base de la santé comme l'eau potable, la nourriture,

le logement, la santé et les services sociaux, un revenu suffisant et des conditions de vie et de travail saines et sécuritaires, tant au Canada que dans le monde, seront des facteurs fondamentaux pour réduire le gradient de santé et l'écart de santé entre riches et pauvres. Il sera également nécessaire de s'attaquer aux répercussions de la mondialisation sur la santé, autre problème mis en lumière par la Commission de l'OMS. Au Canada, il convient de corriger de toute urgence le statut injuste réservé aux membres des Premières nations, qui sont nombreux à vivre dans des conditions de logement honteuses sur des réserves éloignées, envoyant ainsi le message : « loin des yeux, loin du cœur ».

L'accent sur le déterminant fondamental de la santé humaine, la santé de l'écosystème, est nécessaire. L'Association canadienne de santé publique s'est penchée sur cette question dans son rapport de 1992 sur la santé humaine et l'écosystème; toutefois, la situation mondiale s'est considérablement détériorée depuis, comme l'attestent de nombreux rapports des Nations Unies et d'autres instances. Quatre grands domaines de changements environnementaux globaux, les changements climatiques et atmosphériques, la pollution et l'écotoxicité, l'épuisement des ressources et la réduction des habitats, des espèces et de la biodiversité, ainsi que leurs actions synergétiques, représentent des menaces graves pour la santé humaine, aujourd'hui et au cours des décennies à venir. Le bien-être et la survie de l'être humain – préoccupations fondamentales de la santé publique – nécessiteront un passage à un

mode de vie plus viable du point de vue de l'écologie. Cette transition, que la santé publique aura pour rôle de faciliter et d'accompagner, devrait se traduire par de nombreux bienfaits pour la santé, mais elle sera difficile.

L'accent sur l'application appropriée des découvertes scientifiques et des progrès techniques est indispensable dans la pratique de la santé publique. Certaines innovations, par exemple dans les méthodes de cueillette, de traitement, de stockage et de récupération de données biomédicales, sociales, économiques et autres sont mises en œuvre rapidement – parfois même trop rapidement, dans certains ministères de la Santé d'avant-garde. Dans d'autres environnements, ces progrès sont appliqués tardivement ou ne le sont tout simplement pas.

On peut affirmer sans risque que le passé est un prélude – et les détails à ce sujet seront sans aucun doute dévoilés et abondamment décrits dans les futurs chapitres de l'histoire de la santé publique au Canada.