

# Au-delà de la crise de la COVID-19 : tirer des leçons du passé et des occasions manquées en santé publique

Mars 2021



*Une note de breffage de la SRC*

# Au-delà de la crise de la COVID-19 : tirer des leçons du passé et des occasions manquées en santé publique

## Une note de breffage de la SRC

### Auteurs

Esyllt Jones (Présidente)	University of Manitoba
Heather MacDougall	University of Waterloo
Laurence Monnais	Université de Montréal
James Hanley	University of Winnipeg
Catherine Carstairs	University of Guelph

### Responsable de la surveillance du processus d'examen par les pairs

Tom Marrie, MSRC	Dalhousie University
------------------	----------------------

### Pairs examineurs

Jacalyn Duffin	Queen's University
Sasha Mullally	University of New Brunswick
Erika Dyck	University of Saskatchewan

### Forme suggérée pour les citations de cette note de breffage

Jones, E., MacDougall, H., Monnais, L., Hanley, J., Carstairs, C. *Au-delà de la crise de la COVID-19 : tirer des leçons du passé et des occasions manquées en santé publique*. Société royale du Canada. 2021

### Image de couverture

Natia Lemay, *Kids During Quarantine*, 2020

24 po x 30 po, huile sur toile

Comme mère de trois enfants, survivre à la distanciation sociale et au confinement pendant la COVID-19 peut représenter tout un défi par moments. Les enfants développent des façons très intéressantes de se divertir. Dans cette peinture, j'ai saisi ma fille de 14 ans en train de faire des essais de maquillage et de jouer au mannequin avec son masque. Bien que les amis nous manquent, les changements apportés à nos vies par les protocoles de lutte contre la COVID-19 nous ont donné le temps de nous amuser et d'expérimenter dans la sécurité de notre foyer.

### Reconnaissance territorial

Le siège social de la Société royale du Canada est situé à Ottawa, territoire traditionnel et non cédé de la nation algonquaine.

**Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions de la Société royale du Canada.**

## Contexte concernant la préparation de cette note de breffage

En avril 2020, le président de la Société royale du Canada a établi le Groupe de travail de la SRC sur la COVID-19. Le mandat de ce groupe de travail est de dégager des perspectives éclairées par les données probantes sur les grands enjeux sociétaux qui se posent au Canada relativement à sa réponse à la COVID-19 et à sa démarche subséquente de rétablissement.

Pour rapidement produire des notes de breffage, le groupe de travail a établi une série de sous-groupes de travail ayant comme objectif de soutenir les décideurs politiques en leur fournissant des données probantes pour éclairer leurs décisions.

### **À propos des auteurs**

*Esyllt Jones*, Membre, Collège de la SRC, professeure d'histoire, doyenne des études, St John's College, University of Manitoba

*Heather MacDougall*, professeure agrégée émérite, University of Waterloo

*Laurence Monnais*, MSRC, professeure d'histoire et directrice du Centre d'études de l'Asie de l'Est, Université de Montréal

*James Hanley*, professeur, Département d'histoire, University of Winnipeg

*Catherine Carstairs*, professeure, Département d'histoire, University of Guelph

## Table des matières

Sommaire exécutif .....	4
Introduction .....	6
La santé publique au 19 <sup>e</sup> siècle : solutions technocratiques ou approche multidimensionnelle .....	6
La "nouvelle santé publique" : science, inquiétudes raciales et éducation sanitaire.....	10
La pandémie de grippe et ses répercussions : l'iniquité en santé et l'incapacité à réformer.....	13
Investissement et innovation provinciaux à l'heure d'une sensibilisation du public .....	16
Les débats sur l'assurance maladie, d'autres occasions manquées et l'évolution du rôle de la santé publique .....	19
Après l'assurance maladie : les contradictions dans la promotion de la santé.....	22
La fin des maladies infectieuses? .....	25
Conclusion .....	29
Recommandations.....	31
Références .....	33

## Sommaire exécutif

La pandémie de grippe de 1918-1920, qui a tué 50 000 Canadiens, a conduit à la création d'un ministère fédéral de la santé publique. Mais au cours du siècle qui a suivi, la santé publique est demeurée, à tous les niveaux de l'intervention gouvernementale, « le parent pauvre » du système de santé pour reprendre les mots de Marc Lalonde prononcés en 1988 (Lalonde 1988, p. 77). Marquée par des investissements à la pièce, lors de différentes crises liées aux maladies infectieuses, comme celle de la poliomyélite au début des années 1950, la santé publique a paradoxalement reculé dans l'ordre des priorités à mesure que le coût des soins de santé tertiaires a augmenté. Bien que le champ relève d'un large éventail d'interventions, la présente note de breffage examinera plus particulièrement l'histoire des celles qui ont été menées par des organismes et des institutions de santé pour lutter contre les maladies infectieuses et contagieuses.

La COVID-19 nous a forcés à réapprendre l'importance de maintenir une capacité minimale de contrôle des maladies contagieuses; elle a révélé que de ne pas le faire peut coûter très cher. Elle a également attiré notre attention sur les rapports qui existent entre les inégalités sociales, le racisme, le colonialisme et certaines vulnérabilités face aux maladies. En plus d'investir dans notre capacité à maîtriser les éclosions de maladies infectieuses à mesure qu'elles surviennent, nous devons planifier dès maintenant comment atteindre à l'avenir une plus grande équité en matière de santé, en nous attaquant aux conditions économiques et sociales qui empêchent cette équité et en assurant à tous un accès éclairé à la prévention. Voilà comment nous pourrions bâtir une société véritablement résiliente.

A tous les niveaux, les gouvernements qui se sont succédé au Canada et ailleurs ont reconnu dans les dernières décennies l'impact que les facteurs sociaux ont sur la santé et sur le cours des maladies. Mais une plus grande équité en santé ne pourra être atteinte que si nous donnons suite à ce constat. Un tel passage à l'acte exigera un vigoureux plaidoyer public en faveur de la prévention et un engagement fort, fait de collaborations soutenues entre individus et communautés touchées, experts en santé publique et gouvernements.

## Recommandations

### **1. Investir dans la prévention dans le cadre d'une double approche :**

- Accorder plus de ressources à tous les échelons de gouvernement pour améliorer l'accès aux services de prévention;
- Accroître l'efficacité de la santé publique en habilitant les infirmières et les professionnels de la santé autres que les médecins à jouer un rôle important dans sa mise en œuvre;
- Réduire les inégalités sociales afin d'améliorer l'état de santé et la résilience des personnes plus particulièrement touchées par la maladie.

### **2. Accroître l'équité en santé et la reddition de comptes relative aux déterminants sociaux :**

- Évaluer les domaines pertinents en matière de politiques publiques à tous les échelons de gouvernement (logement, soutien du revenu, système de justice, services de soins de santé, etc.) sous l'angle de l'équité en santé;

- Établir un bureau de vérificateur de l'équité en santé, qui serait financé par le gouvernement fédéral, présenterait des rapports au Parlement et encouragerait les autres instances gouvernementales à faire de même.

### **3. Faire participer la société civile afin d'atténuer les iniquités historiques et les lacunes en matière de santé publique :**

- Financer des organisations de classe mondiale susceptibles de se porter à la défense active et effective de la santé publique. Celles-ci fourniraient des données pouvant éclairer la prise de décision en matière de santé publique; feraient valoir les droits des malades et des patients; documenteraient et proposeraient des solutions pour atténuer les inégalités intersectionnelles et le racisme; et plaideraient en faveur d'interventions importantes en santé publique et d'un financement plus équilibré;
- Recueillir de meilleures données et les rendre accessibles au public. Nous avons besoin de meilleures informations sur les différentiels sociaux de vulnérabilité aux maladies ainsi que de données recueillies systématiquement pour mieux suivre les tendances liées à la race, au revenu, aux lieux de vie, etc. Lorsque nous disposerons de ces informations, les responsables de la santé publique devront reconnaître les iniquités et les différentiels sociaux et élaborer des plans pour soutenir les plus vulnérables.

### **4. Créer une culture de santé publique équitable par l'éducation :**

- Encourager l'utilisation d'une approche de santé publique horizontale, non verticale (c'est-à-dire du haut vers le bas, une maladie à la fois). Reconnaître que les « solutions technologiques » ne protégeront jamais complètement la société et que le travail humain dans les divers aspects des soins, les mesures non médicales et l'éducation seront toujours essentiels à un bon niveau de résilience et de préparation;
- Sensibiliser davantage les professionnels de santé et le grand public à ce qu'est la santé publique. Cela devrait se faire de manière régulière et non pas seulement en période de crise;
- Établir des programmes multidisciplinaires de formation du personnel de santé publique susceptibles d'intéresser les étudiants des communautés marginalisées et racialisées. Il ne sera pas possible de faire tomber les barrières et de bâtir la confiance sans éliminer un certain nombre de présupposés, tant dans les représentations que dans les pratiques. L'histoire de l'attention accordée aux communautés mal desservies et la reconnaissance des iniquités du système capitaliste démontrée par les générations précédentes d'activistes professionnels et défenseurs de la santé publique peuvent servir de fondement;
- Promouvoir une santé publique inclusive et viable qui s'appuierait sur diverses formes d'activisme et de défense de la santé, et faire participer aux débats et aux décisions sur la santé publique les communautés et les acteurs qui ne font pas partie des cercles de la médecine et des soins de santé en général.

## **Au-delà de la crise de la COVID-19 : tirer des leçons du passé et des occasions manquées en santé publique**

### **Introduction**

La pandémie de grippe de 1918-1920, qui a tué 50 000 Canadiens, a conduit à la création d'un ministère fédéral de la santé publique. Mais au cours du siècle qui a suivi, la santé publique est demeurée, à tous les niveaux de l'intervention gouvernementale, « le parent pauvre » du système de santé pour reprendre les mots de Marc Lalonde prononcés en 1988 (Lalonde 1988, p. 77). Marquée par des investissements à la pièce, lors de différentes crises liées aux maladies infectieuses, comme celle de la poliomyélite au début des années 1950, la santé publique a paradoxalement reculé dans l'ordre des priorités à mesure que le coût des soins de santé tertiaires a augmenté. Bien que le champ relève d'un large éventail d'interventions, la présente note de breffage examinera plus particulièrement l'histoire des celles qui ont été menées par des organismes et des institutions de santé pour lutter contre les maladies infectieuses et contagieuses.

La COVID-19 nous a forcés à réapprendre l'importance de maintenir une capacité minimale de contrôle des maladies contagieuses; elle a révélé que de ne pas le faire peut coûter très cher. Elle a également attiré notre attention sur les rapports qui existent entre les inégalités sociales, le racisme, le colonialisme et certaines vulnérabilités face aux maladies. En plus d'investir dans notre capacité à maîtriser les éclosions de maladies infectieuses à mesure qu'elles surviennent, nous devons planifier dès maintenant comment atteindre à l'avenir une plus grande équité en matière de santé, en nous attaquant aux conditions économiques et sociales qui empêchent cette équité et en assurant à tous un accès éclairé à la prévention. Voilà comment nous pourrions bâtir une société véritablement résiliente.

A tous les niveaux, les gouvernements qui se sont succédé au Canada et ailleurs ont reconnu dans les dernières décennies l'impact que les facteurs sociaux ont sur la santé et sur le cours des maladies. Mais une plus grande équité en santé ne pourra être atteinte que si nous donnons suite à ce constat. Un tel passage à l'acte exigera un vigoureux plaidoyer public en faveur de la prévention et un engagement fort, fait de collaborations soutenues entre individus et communautés touchées, experts en santé publique et gouvernements.

### **La santé publique au 19<sup>e</sup> siècle : solutions technocratiques ou approche multidimensionnelle**

L'importance de ces deux piliers de la santé publique – un appareil robuste de lutte contre les maladies et un combat contre les structures sociales qui favorisent la maladie – a été mise en évidence dès le 19<sup>e</sup> siècle. Les efforts en santé publique menés en Amérique du Nord britannique étaient alors influencés par le modèle britannique. Les réalisations britanniques s'appuyaient sur une approche multidimensionnelle : un approvisionnement en eau potable, des égouts efficaces et une gestion de certains risques sanitaires posés par l'environnement; le contrôle à l'échelle locale et fondé sur des données probantes des maladies infectieuses; et le contrôle des maladies infectieuses importées, aux points d'entrée du pays. Chacune de ces mesures a été mise en œuvre suivant une chronologie et pour des motifs qui lui étaient propres, mais l'élaboration et l'intégration des différents éléments du système se sont poursuivies jusque dans la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle. Au Royaume-Uni, le choléra par exemple a finalement été jugulé après une

éclosion survenue en 1866 grâce à une amélioration de l'infrastructure et des pratiques d'hygiène; à la vigilance exercée aux ports; et à l'intervention rapide des médecins hygiénistes locaux. Par la suite, le Royaume-Uni n'a connu que des cas isolés, qui ont été maîtrisés au moyen d'une action concertée à l'échelle nationale et locale. Ailleurs en Europe, des éclosions dévastatrices ont continué de se produire jusqu'au début du 20<sup>e</sup> siècle, notamment à Naples (1884, 1911) et à Hambourg (1892) (Hardy 1993a).

Ceci étant dit, en Amérique du Nord coloniale, les infrastructures de santé publique se sont développées lentement. Comme en Grande-Bretagne, les éclosions de maladies infectieuses y ont néanmoins joué un rôle de premier plan. Le choléra a été introduit au Canada en 1832 par des immigrants britanniques. Des épidémies se sont ensuite succédé en 1832, 1834, 1849, 1851, 1852 et 1854, tuant au total au moins 20 000 personnes. Bien que la réponse des autorités locales ait été « inconstante, hésitante, incertaine et évanescence », le choléra a entraîné de profonds changements dans la manière de lutter contre les maladies infectieuses (Bilson 1984, p. 352). Plusieurs nouvelles mesures ont été introduites, dont les quarantaines (y compris les quarantaines maritimes et l'inspection des immigrants aux points d'entrée), l'assainissement des villages et des villes ainsi que l'établissement d'hôpitaux dédiés à la prise en charge des malades du choléra. Les premiers bureaux de santé ont été créés dans les années 1830, une conséquence directe de la présence répétée de la bactérie *Vibrio cholerae*. Mais il ne s'agissait là que de réponses temporaires à des crises ponctuelles. Le premier Bureau [fédéral] de santé central (BSC) du Canada a finalement été créé en 1854, en vertu de la *Loi sur la santé publique* de 1849.

Des bureaux de santé locaux et provinciaux permanents n'ont été mis en place que plus tard au 19<sup>e</sup> siècle, malgré des appels répétés en faveur de leur établissement (Bilson 1984). Et si le choléra a également donné lieu à la création d'outils plus performants de gestion des données et de surveillance épidémiologiques, le Canada est resté à la traîne de la Grande-Bretagne et de l'Europe tout entière à cet égard aussi, jusqu'à la fin du 19<sup>e</sup> siècle (Bilson 1984, Curtis 2000). Craignant une nouvelle épidémie, le Canada a créé un second BSC en 1866 pour aider à la coordination des réponses locales. Ce BSC n'avait toutefois qu'un rôle consultatif et n'avait de ce fait pas le pouvoir d'obliger les communes à déclarer le nombre de personnes infectées et décédées. La mise en œuvre des mesures de contrôle des maladies relevait en grande partie des autorités locales ou provinciales, sauf pour ce qui est de la surveillance aux points d'entrée au pays. La gestion des centres de quarantaine était assurée par le Ministère de l'agriculture, qui avait comme responsabilité d'empêcher les maladies animales et humaines de s'infiltrer. Il est évident que cette fragmentation de l'autorité en matière de santé publique signifiait, comme Mark Humphries l'a montré, que les colons canadiens considéraient que le rôle du gouvernement central était d'empêcher l'introduction de maladies au pays et que les gouvernements locaux étaient responsables de l'hygiène, de l'eau potable et de l'assistance aux plus démunis. Cette division des responsabilités, codifiée dans les articles 91 et 92 de *l'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867*, reflétait simultanément la compréhension limitée qu'avaient les gens à l'époque des causes des maladies infectieuses ainsi que les fortes sensibilités locales et régionales des colonies en train de construire un nouveau pays (Humphries 2013, p. 11-32). Il était difficile, dans ces circonstances, d'assurer la coordination de la santé publique.

Une autre maladie infectieuse, la variole, peut aider à comprendre l'importance d'une approche intégrée. Au 19<sup>e</sup> siècle, la variole était la seule maladie pour laquelle un vaccin était disponible. Développé au tournant des années 1800, celui-ci était largement disponible au milieu du siècle.

En Grande-Bretagne, la vaccination des bébés était alors gratuite pour ceux qui ne pouvaient se le permettre. La vaccination des enfants fut même rendue obligatoire en 1853. Mais une partie seulement de la population acceptait à l'époque de recevoir le vaccin, pour diverses raisons d'ordre médical, politique ou encore social. Les conséquences de cette réticence du public se seraient fait sentir de façon particulièrement évidente lors de l'épidémie de 1870-1873 ayant tué 44 000 personnes. Pire épidémie du 19<sup>e</sup> siècle, elle survenait plus de 30 ans après que la vaccination a été rendue disponible et gratuite. Les autorités de prévention ne pouvaient alors plus entretenir l'espoir que la vaccination allait constituer une solution miracle. La variole a finalement été maîtrisée en Grande-Bretagne, non pas seulement en raison d'une politique, très controversée, de vaccination obligatoire, mais aussi grâce à la prévention de l'introduction de la variole depuis le continent et à l'attention vigilante que les médecins hygiénistes locaux ont accordée aux cas, cas qui ont néanmoins continué de surgir année après année jusqu'à la fin du siècle. Le fait que l'épidémie de 1870-1873 ait été la dernière épidémie majeure à frapper la Grande-Bretagne valide néanmoins l'efficacité de cette approche systématique et multidirectionnelle (Hardy, 1993b).

La persistance de la variole au Canada illustre de façon similaire la relation complexe qui existe entre progrès scientifique, mesures de santé publique et sentiment populaire. Les efforts pour maîtriser les épidémies de variole dans le centre et l'est du Canada s'appuyaient généralement sur la vaccination des personnes qui avaient des contacts étroits avec les infectés. Or, vu que l'approvisionnement en vaccins se faisait à l'époque directement en Grande-Bretagne ou aux États-Unis, l'efficacité des produits était souvent limitée, voire inexistante. En outre, les tentatives pour contrer les épidémies par une utilisation de la lymphé prélevée sur des malades qui avaient réchappé de la maladie au moyen d'une inoculation « de bras à bras » n'étaient pas seulement susceptibles de propager la maladie, elles pouvaient aussi causer des maladies transmissibles par le sang, comme la syphilis. À cause de ces dangers, et du fait de l'aversion des travailleurs canadiens pour la quarantaine, les médecins hygiénistes et leurs inspecteurs cherchaient à persuader de l'importance de se faire vacciner sans toujours réussir à convaincre. Bien que les provinces canadiennes aient adopté des lois exigeant la vaccination des bébés, l'épidémie de variole de 1885 au Québec a montré les limites concrètes de ce genre de texte. Parmi les 3 234 victimes recensées dans la ville de Montréal, on comptait 2 717 enfants de moins de dix ans, dont la plupart n'avaient pas été vaccinés (Bliss 1991, p. 259). Cette épidémie a été marquée par l'émergence de groupes anti-vaccination; leurs descendants constituent encore aujourd'hui un des facteurs qui entravent les efforts d'immunisation de la population contre les maladies infectieuses (MacDougall et Monnais 2018).

L'expérience des Autochtones avec la variole, des premiers contacts avec les Européens au début du 20<sup>e</sup> siècle, illustre à la fois les dangers posés par cette pathologie et le rôle central qu'elle a joué dans les processus de colonisation (Hackett 2002, Eyford 2006, Daschuk 2013). Les communautés autochtones ne sont pas restées passives devant les épidémies et ont exigé « que ceux qui avaient amené les maladies et qui prétendaient avoir des remèdes leur donnent les moyens de sauver leur vie » (Kelm 1999, p. 109). La prestation des soins publics cependant, y compris la vaccination contre les maladies évitables comme la variole, était au mieux déficiente et parcellaire. Par exemple, lors de l'épidémie de variole de 1919 sur les territoires de Lillooet et de Sto:lo, les enfants du pensionnat St Mary n'ont pas été vaccinés, même si la vaccination était censée être la norme. Les Autochtones ont plaidé pour un meilleur accès à des mesures préventives et à des soins, des revendications qui découlaient certainement de leur conviction que les maladies infectieuses étaient venues avec la colonisation européenne (Kelm 1999, p. 76).

En conséquence, même si les responsables de la santé publique ont remporté quelques succès notables, leurs échecs ont révélé un certain nombre de lacunes dans l'organisation du champ. La première relève d'une vision que l'on pourrait qualifier de technocratique, c'est-à-dire axée exclusivement sur des interventions techniques et médicales, doublée d'une incapacité à apporter des solutions aux iniquités sociales. Cette vision omettait non seulement le fait que l'adhésion du public était importante, mais aussi que ces approches et les hypothèses sur lesquelles elles reposaient étaient inefficaces contre certaines maladies, même infectieuses. L'épidémie de typhus de 1847, par exemple, a tué approximativement 6 000 personnes dans le Bas-Canada et le Haut-Canada. Plusieurs parmi ces victimes étaient des immigrants irlandais fuyant la famine de la pomme de terre et les politiques coloniales britanniques. Les maladies infectieuses ont suscité un débat social et des désaccords au sujet des investissements qui devaient être faits en santé publique (notamment en matière d'hygiène et de dépistage des immigrants); elles ont aussi soulevé des questions épineuses autour de la politique coloniale de quarantaine, du rôle des institutions religieuses et du sectarisme, des droits des immigrants, des inégalités ainsi que de la gouvernance dans le cadre d'une société démocratique (Horner 2012, p. 69).

Le typhus, pour sa part, a résisté aux mesures qui avaient été utilisées pour lutter contre le choléra et la variole. Il n'a pu être maîtrisé que lorsque le revenu des plus pauvres a été stabilisé, bien qu'à un niveau extraordinairement bas à nos yeux contemporains. Au Canada comme en Grande-Bretagne, l'atténuation des perturbations économiques et la hausse des revenus ont aidé à traiter les causes sous-jacentes de la propagation du typhus, en particulier le surpeuplement dans les logements. C'est grâce à l'amélioration générale des conditions de vie des citoyens que les outils habituels de contrôle des maladies infectieuses ont pu maîtriser les éclosions qui se sont produites par la suite (Hardy, 1993b).

Le fait que les conditions de logement des plus démunis contribuaient de façon significative à la propagation des maladies comme le typhus était bien connu à l'époque; le problème était que l'intervention de l'État sur le marché de la propriété privée (ou dans le domaine de la rémunération salariale) était alors tout simplement impensable. En effet, dans le contexte canadien de la fin du 19<sup>e</sup> siècle, de nouveaux types de logement se sont construits au moment même où les villes connaissaient une rapide expansion. Les plus aisés, et certains membres de la classe moyenne, ont déménagé vers de nouvelles banlieues plus salubres et leurs anciennes demeures ont été subdivisées en appartements. Les pauvres se sont eux retrouvés relégués dans les bas quartiers insalubres près des usines qui les employaient, comme les médecins hygiénistes et leurs inspecteurs sanitaires allaient le découvrir.

Dans l'un comme l'autre pays, l'appareil de santé publique intervenait de façon superficielle du côté des quartiers pauvres; il ne pouvait guère faire mieux que de détruire les habitations les plus délabrées. Sans la volonté politique nécessaire pour construire de nouvelles unités à leur place, ce remède était peut-être même pire que le mal. L'incapacité à loger décentement les communautés défavorisées a également contribué de manière considérable à l'impuissance des autorités à maîtriser la tuberculose, une des principales causes de décès dans les zones urbaines jusqu'au début du 20<sup>e</sup> siècle (Hardy 1993b, Feldberg 1995, McCuaig 1999). Ces exemples illustrent à quel point les conditions sociales étaient fondamentales dans la prévention des pathologies infectieuses.

## La « nouvelle santé publique » : science, inquiétudes raciales et éducation sanitaire

La période entre 1880 et le début du 20<sup>e</sup> siècle est souvent considérée comme l'âge d'or de la bactériologie. C'est à cette époque qu'ont été découverts les micro-organismes à l'origine d'un grand nombre de maladies, dont la maladie du charbon, la gonorrhée, la syphilis, le choléra, la fièvre puerpérale et la tuberculose, pour n'en nommer que quelques-unes. On identifiait alors à peu près une nouvelle maladie bactérienne par année. L'ancrage de la théorie de l'origine microbienne des maladies avait clos plusieurs débats qui avaient agité le milieu médical au 19<sup>e</sup> siècle. Il a toutefois fallu peut-être une génération pour que la révolution bactériologique convainque l'ensemble de la communauté médicale et transforme la pensée médicale. Les recherches scientifiques ne furent pas instantanément acceptées; leurs résultats ont été contestés. L'analyse en laboratoire de l'eau, du lait et des échantillons de diphtérie et de tuberculose a néanmoins été graduellement intégrée par les systèmes de santé municipaux, provinciaux et territoriaux à mesure que le domaine de la santé publique se professionnalisait (MacDougall 1990).

En ce qui concerne les traitements efficaces et les vaccins, la bactériologie n'a pas immédiatement donné lieu aux avancées majeures que ses défenseurs espéraient ou qu'ils invoquaient parfois. « Bien que quelques mesures utiles aient été découvertes – l'antitoxine diphtérique et un vaccin contre la rage dans les années 1890, le Salvarsan, un dérivé de l'arsenic, pour la syphilis ainsi qu'un vaccin contre la typhoïde au début des années 1900 [traduction libre] », les espoirs de traitements fiables ne se sont pas matérialisés avant les années 1930 et 1940, lorsque les sulfamides, la pénicilline et d'autres médicaments antimicrobiens ont été découverts (Tomes 1998, p. 6). Mais l'avènement de la théorie microbienne a eu des effets spectaculaires sur la santé publique. Avec l'aide de la bactériologie, les intervenants pouvaient plus facilement identifier les agents infectieux, suivre la propagation des maladies et élaborer des mesures de contrôle ciblées.

L'évolution de la pensée en santé publique s'est produite en même temps au Canada que la modernisation du gouvernement et la professionnalisation de la fonction publique. L'établissement à Toronto, en 1883, d'un service de santé municipal, par exemple, et du premier poste permanent de médecin hygiéniste de la ville, reflétaient une tendance transnationale plus large. À cette époque, les administrations municipales se trouvaient au cœur de l'action en santé publique au Canada et c'est bien dans les villes que les médecins hygiénistes concentraient leurs efforts, malgré l'appétit limité du public pour le financement de leur cause. Alors que la révolution bactériologique s'implantait, l'éducation à la santé publique s'est élargie pour couvrir non seulement certains problèmes importants comme la gestion des déchets ménagers, mais aussi le rôle des comportements individuels dans la prévention de la propagation des maladies infectieuses. Armés de nouveaux tests de diagnostic, les services de santé publique pouvaient espérer identifier les porteurs individuels de maladies avec une plus grande précision. Ces attributions élargies ont en outre permis une augmentation de l'investissement en santé publique.

Entre les années 1880 et la fin de la Première Guerre mondiale, les divers organismes de santé publique ont connu une croissance significative. Le mouvement de la « nouvelle santé publique » a « mis en relief l'importance de la recherche scientifique et des laboratoires à l'échelle locale, a appelé à une amélioration de la formation professionnelle des médecins et des infirmières hygiénistes et a déplacé l'attention vers " l'éducation " des femmes et des enfants au regard de leurs obligations en matière d'hygiène [traduction libre] » (MacDougall 1990, p. 13). Les inquiétudes concernant les taux élevés de mortalité infantile ont fourni une raison pour justifier ce virage. À Ottawa, en 1916, le taux de mortalité infantile était le plus élevé de tous les centres

urbains au Canada: plus de 22 nourrissons sur 100 (Bator 1990, p. 24). Cet état de fait, et la persistance de plusieurs maladies infantiles infectieuses telles que la diphtérie ou la rougeole, ont amené plusieurs dirigeants de santé publique à tourner leur attention vers les mères, en particulier celles de la classe ouvrière.

Ces évolutions intellectuelles et institutionnelles ne se sont pas produites dans un vide social; elles ont été modulées par une intensification transnationale des discours sur les questions raciales liées aux peuples autochtones, aux immigrants et aux communautés racialisées, une intensification qui a d'ailleurs directement conduit au mouvement eugéniste, qui prônait la stérilisation et des restrictions en matière d'immigration. La santé publique au Canada anglais et français a aussi été influencée par les inquiétudes suscitées par la diminution au pays du taux de natalité de la classe moyenne blanche (souvent ancrées dans un discours sur le « suicide de la race ») et par la « dégénérescence de la race » (Valverde 1991, Comacchio 1993, Arnup 1994, Baillargeon 2009). Les immigrants, particulièrement ceux qui n'appartenaient pas à la race blanche dominante, étaient par extension souvent blâmés pour leurs problèmes de santé, sans que soient pris en compte les facteurs sociaux (faim, déplacement et impact du colonialisme) qui exacerbaient leurs vulnérabilités (Mawani 2002).

Tant au Canada qu'aux États-Unis, le dépistage médical aux points d'entrée est devenu une puissante méthode d'exclusion et de contrôle racial pendant la grande vague d'immigration du tournant du 20<sup>e</sup> siècle. La surveillance par la santé publique et les méthodes de détection des maladies infectieuses étaient à l'époque, comme plusieurs chercheurs l'ont noté, basées sur des conceptions raciales de la transmission des maladies (Shah 2001, Fairchild 2003, Burnett 2012, Wallace 2017). L'incident tristement célèbre du *Komagata Maru* (1914), qui a vu le refus d'entrer au Canada de plusieurs centaines de migrants sikhs, découlait de la conviction que les populations sud-asiatiques étaient porteuses de la peste bubonique, de la variole, du choléra, de maladies vénériennes et de l'ankylostome (un parasite intestinal). À l'instar des migrants noirs, les Asiatiques étaient alors considérés comme étant de race inférieure, incapables de s'adapter à un climat froid et particulièrement vulnérables aux maladies. « Au cours de la période précédant immédiatement l'affaire du *Komagata Maru*, la perception d'un lien direct entre Sud-Asiatiques et maladies, alimentée par des représentations populaires tenaces, dominait le discours sur le « problème hindou » et est devenu un argument commode pour les exclusionnistes au sein du gouvernement et du grand public » [traduction libre] (Wallace 2013, p. 36). Les théories raciales sur les maladies ont participé à accuser les comportements malveillants à l'égard des nouveaux arrivants non blancs et ont justifié le maintien des mesures de surveillance et de contrôle de la santé publique.

Pour leur part, les communautés autochtones n'étaient pas seulement soumises aux assauts de la variole. Du 16<sup>e</sup> siècle au 20<sup>e</sup> siècle, leurs rangs ont été dévastés par des épidémies résultant de leur exposition à de nouveaux pathogènes et, surtout, par le déplacement, le traumatisme et l'appauvrissement causés par le contexte colonial. La rougeole, la coqueluche et la tuberculose ont eu sur elles des conséquences désastreuses (Lux 2001, Daschuk 2013). Or, les Autochtones étaient considérés comme des membres d'une « race mourante », vulnérable aux infections et dès lors comme une source potentielle de contagion (Kelm 2005). Au cours des premières années du 20<sup>e</sup> siècle, des hôpitaux distincts ont été établis pour tenir les « Indiens » tuberculeux à l'écart des populations de souche coloniale (Lux 2016). Comme Mary Jane McCallum, de la Munsee-

Delaware Nation, l'a si justement dit, on a là tous les mots-clés de l'histoire de la santé autochtone : « famine, expérimentation, ségrégation et traumatisme » (McCallum 2017).

Les autorités locales de la santé publique ont par ailleurs fait des efforts considérables pour réformer ce qu'ils considéraient être de mauvaises habitudes d'hygiène. Bien qu'il n'y ait rien de mal en soi à fournir de la documentation sur les bonnes pratiques parentales, le refus du personnel de la santé publique d'alors de véritablement saisir à bras le corps ce qu'il comprenait lui-même comme étant la racine sociale d'une santé défaillante et de la mortalité des nourrissons et des enfants – la pauvreté des familles concernées – fut loin d'être une stratégie optimale pour gagner la confiance de la classe ouvrière et de la clientèle immigrante. Des responsables locaux plus progressistes, dont ceux de Toronto, ont toutefois commencé à bâtir des relations étroites avec les organisations communautaires des quartiers ouvriers (MacDougall 1990, p. 165).

L'éducation à la santé publique visait à enseigner aux mères les mesures alors reconnues comme relevant de pratiques d'hygiène modernes. Celle-ci s'inscrivait dans un mouvement plus large destiné à enseigner aux mères les pratiques « scientifiques » entourant les soins parentaux et les tâches ménagères (Apple 2006). En fait, il s'agissait par là surtout d'entériner un processus d'assimilation des familles immigrantes pauvres à une culture des tâches ménagères, des soins domestiques et de l'hygiène déterminée et imposée par des travailleurs sociaux et des infirmières de la santé publique issus des milieux dominants, anglophone et francophone. Les mères immigrantes, issues de cultures sanitaires possiblement différentes, disposant de leurs propres traditions et pratiques de prévention, et les femmes de la classe ouvrière, qui faisaient confiance aux conseils d'hygiène des femmes de leur famille, se sont fréquemment trouvées prisonnières d'une situation injuste, devant subir le jugement des intervenants plutôt que de recevoir l'aide dont elles avaient besoin.

Un nombre croissant d'employés municipaux et provinciaux de la santé publique, issus tant des zones rurales qu'urbaines, se sont appuyés sur les travaux d'organismes bénévoles, dont la Margaret Scott Nursing Mission. Fondés par des femmes laïques réformistes et des médecins progressistes, ces groupes ont organisé des services tels que des cliniques de puériculture, des dispensaires offrant du lait pur pour les mères qui n'allaitaient pas (un service d'une importance fondamentale avant la pasteurisation systématique des produits laitiers) et des programmes de visites d'infirmières à domicile. Ces cliniques, situées dans les quartiers ouvriers, étaient financées par des dons privés et des subventions municipales. À Montréal, les Gouttes de lait anglophones et francophones étaient au nombre de quatre en 1903; dès 1915, on comptait 28 succursales. La Ville de Montréal a commencé à fournir elle-même ces services en 1919; une décennie plus tard, elle exploitait 27 de ces centres médicosociaux infantiles (Baillargeon 2009, p. 167-168).

Au fil du temps, c'est un personnel professionnalisé qui a remplacé ces femmes bénévoles à l'origine de la fondation de ce type d'institution (MacDougall 1990, p. 13, Stuart 1994, p. 53). La planification et la direction de la santé publique étaient dans le même temps devenues l'apanage d'experts masculins, en particulier des médecins. Pour le dire autrement, la santé publique était en passe de devenir une forme de service de santé profondément genré et hiérarchisé. Les infirmières de santé publique et les travailleuses sociales étaient considérées comme étant particulièrement adaptées au service des mères, en partie parce qu'elles étaient des femmes; les infirmières, d'après les qualités proprement féminines qu'on leur prêtait, étaient plus aptes à donner de l'attention et à conforter. Elles pouvaient également être rémunérées à un taux considérablement moindre que les professionnels de la santé masculins et donc constituer un

bassin de main-d'œuvre en santé bon marché pour offrir aux femmes et aux enfants les services préventifs dont ils avaient besoin. On avait même clairement fait comprendre à ces auxiliaires de la santé publique, corvéables à merci, et à celles qui faisaient des visites à domicile qu'elles devaient bien se garder de poser des diagnostics, de prescrire des médicaments ou encore de traiter les maladies.

### **La pandémie de grippe et ses répercussions : l'iniquité en santé et l'incapacité à réformer**

Au moment de la pandémie de grippe de 1918-1920, la révolution de la santé publique restait donc en quelque sorte inachevée. Même si les investissements en la matière des gouvernements provinciaux augmentaient, les administrations locales et leurs contribuables assumaient toujours le gros du fardeau financier imposé par la santé publique. Les municipalités ont de ce fait répondu à la grippe avec peu ou parfois pas de personnel permanent (en particulier dans les régions rurales). L'accessibilité à des services préventifs et curatifs – à la fois économique et géographique – restait un problème majeur. Il est impressionnant de constater, considérant cette réalité, ce que les médecins hygiénistes locaux ont été capables d'accomplir dans leur lutte contre le virus. Armés de décennies d'expérience en matière de contrôle des épidémies, les médecins hygiénistes comme Alexander Douglas, à Winnipeg, ont réussi à mener de vastes campagnes d'éducation (dans plusieurs langues même dans le cas de Winnipeg) sur les façons de prévenir la transmission des maladies, à superviser les politiques publiques de fermeture et de quarantaine et à assurer un suivi relativement adéquat des taux de mortalité.

La pandémie a cependant mis en lumière la dégradation évidente des conditions sociales au pays. Elle a remis en question « l'approche amélioratrice » adoptée par la santé publique pour résoudre les problèmes de santé causés par la pauvreté urbaine, rurale et autochtone et par le manque d'accès aux soins de santé. Dans les centres urbains, les taux de mortalité a en conséquence varié considérablement en fonction du statut socioéconomique, de l'ethnicité et de la race. Les quartiers les plus pauvres, y compris ceux où résidaient les familles d'immigrants, affichaient des taux de mortalité plus élevés dans des villes comme Winnipeg et Hamilton. À Hamilton, en Ontario ceux qui habitaient les quartiers pauvres du nord de la ville ont couru un risque 1,75 à 2 fois plus élevé de mourir de la grippe que les résidents des quartiers plus aisés du sud de la ville (Herring et Korol 2012).

Les plus favorisés n'ont certes pas été épargnés pendant la pandémie, mais ils avaient incontestablement une capacité à combattre la maladie supérieure à celle de la majorité ouvrière. En raison de leur sécurité financière, il était plus facile pour eux de s'isoler lorsqu'ils tombaient malades; leurs domiciles étaient plus spacieux et l'air qui y circulait était plus sain; des domestiques pouvaient s'occuper d'assainir et nettoyer régulièrement les lieux tout en soignant les malades. De plus, un meilleur revenu assurait un meilleur accès à un médecin et aux soins infirmiers, encore solidement ancrés dans un marché médical privé.

Par contraste, la grippe s'est propagée rapidement au sein des foyers des zones urbaines les plus densément peuplées, là où les familles avaient un accès limité à l'eau chaude, là où les domiciles étaient mal construits et mal aérés et où l'isolement physique des personnes infectées était presque impossible. Les mauvaises conditions de logement et l'absence d'une infrastructure sanitaire essentielle (dont l'eau courante) dans les districts peuplés par la classe ouvrière ne constituaient pas des problèmes nouveaux. Mais les gouvernements avaient jusque-là fait peu de

choses pour les résoudre. S'ils avaient agi, le virus grippal ne se serait sans doute pas propagé aussi rapidement et n'aurait pas infecté des familles entières.

Les villes n'étaient pas les seules concernées : en Saskatchewan, le taux de mortalité dans les zones rurales fut près de deux fois plus élevé que le taux provincial. Dans les fermes et les villages, les familles ont souffert de pénuries alimentaires et de la faim. Durant l'hiver, dans les Prairies, certains adultes étaient trop malades pour s'occuper de leurs élevages ou pour s'approvisionner en combustible afin de chauffer leurs demeures. L'impact de la pandémie a ici été exacerbé par la difficulté de s'isoler et par les problèmes de communication qui ont entravé l'aide des bénévoles tandis que l'accès aux soins restait limité (Lux 1997).

Le taux de mortalité chez les peuples autochtones fut pour sa part considérablement plus élevé que celui de la population non autochtone : 6,2 Canadiens non autochtones pour mille sont morts de la grippe, alors que le taux de mortalité dans les réserves autochtones allait varier de 10,3 (Île-du-Prince-Édouard) à 61 pour mille (Alberta) (Humphries 2013, p. 128).

L'impact des inégalités, du racisme et du colonialisme sur la santé pendant cette pandémie mondiale ne fait toutefois pas partie des « leçons apprises » de la grippe de 1918-1920. Les officiers de santé publique se sont concentrés sur les piètres résultats de certaines parmi les mesures prises, comme le port du masque et les quarantaines, pour limiter la propagation de la maladie; ils ont lancé des appels en faveur de recherches sur l'efficacité des vaccins et les tests de dépistage. Ils ont également discuté de l'importance de gagner la confiance du public et de surmonter la résistance par la coopération plutôt que par la coercition. Mais l'accent est demeuré, comme cela avait été le cas pour la santé des mères et des enfants dans les dernières décennies, sur l'éducation. Les responsables de la santé publique sont en outre restés dans leur coin professionnel : ils ont conseillé les personnes malades, mais sans les traiter, entre autres pour respecter les revendications des médecins en pratique privée réclamant de continuer à contrôler le marché des soins médicaux. Si les défenseurs de la santé publique reconnaissaient le problème que cela posait, ils se sont peu exprimés sur le fait que le manque d'accès aux traitements avait miné leur relation au public. Et à mesure que le siècle allait avancer, l'écart entre les secteurs de la prévention et du traitement allait se creuser.

C'est dans la foulée de la pandémie de grippe, que le premier ministère fédéral de la santé a été créé au Canada, en 1919. Bien que des membres de l'élite médicale et des réformistes sanitaires aient appelé le gouvernement fédéral à s'impliquer davantage en matière de prévention des maladies dès les années 1870, la division des pouvoirs établie par les articles 91 et 92 de *l'Acte de l'Amérique du nord britannique* ainsi que la dépression qui a suivi la Grande guerre ont entravé la capacité d'action du nouveau ministère. Les partisans de ce leadership fédéral espéraient qu'une coopération nationale serait facilitée par la création du Conseil fédéral d'hygiène, un organisme consultatif composé des sous-ministres provinciaux de la santé et de divers autres représentants en la matière dont la tâche était de cerner les problèmes de santé du moment et émergents et les approches qui auraient pu aider à les résoudre. Les plus de 50 000 décès liés à la grippe au pays, les inquiétudes relatives au piètre état de santé des soldats canadiens, les taux encore très élevés de mortalité infantile et la montée en flèche des taux de maladies vénériennes avaient assurément rendu nécessaire l'intervention du gouvernement fédéral (Cassel 1987). Le nouveau ministère allait créer un certain nombre de départements –de lutte antivénérienne, de protection de l'enfance, du logement, des stupéfiants, de la publicité et des statistiques, des services de laboratoire et du génie public– dont certains disparaîtraient toutefois assez rapidement. En 1927,

le gouvernement de King fusionnait le Ministère du rétablissement civil des soldats et celui de la santé pour créer un Ministère des pensions et de la santé nationale. Une bonne partie du financement pour la lutte antivénérienne et d'autres programmes à coûts partagés était retirée. Des groupes bénévoles, comme le Conseil canadien d'hygiène sociale et son successeur, la Ligue canadienne de santé, ont appelé à la reprise de l'investissement, mais ont aussi assumé plusieurs tâches d'éducation en santé, incluant des appels en faveur d'une vaccination nationale soutenue des enfants contre la diphtérie, pour compenser.

On estimait en 1925 que la diphtérie était toujours la seconde cause de mortalité chez les enfants de 2 à 14 ans; de 1880 à 1929, plus de 36 000 enfants en Ontario sont morts de la maladie, et ce, malgré la disponibilité d'un sérum antitoxique (Bator 1990, p. 2). Le sérum posait certes problème car il était difficile à administrer à temps -la diphtérie était alors facilement confondue avec d'autres maladies infantiles (Carstairs, Philpott et Wilmshurst 2018, p. 55). Les progrès désespérément lents contre cette infection et d'autres peuvent assurément s'expliquer par une augmentation trop graduelle de la disponibilité en vaccins. Ceci étant, encore une fois, d'autres facteurs doivent être mis de l'avant, moins d'ordre scientifique que social et politique.

Il faut savoir par exemple que, jusqu'au début des années 1950, la principale cause de décès chez les Premières Nations était la tuberculose. Son impact sur les enfants du système des pensionnats indiens a été particulièrement dévastateur. Selon les données compilées par la Commission de vérité et réconciliation, « pour toute période de cinq ans entre 1926 et 1950, le taux de mortalité dans les pensionnats était au moins le double du taux de la cohorte des garçons de [5 à] 14 ans de la population générale. A certains moments, il était jusqu'à 4,73 fois plus élevé. Il ressort aussi clairement de l'analyse statistique que la principale cause de décès était la tuberculose. Elle représentait 47 % des décès dont on connaît la cause » (TRC 2015, p. 58).

À partir du tournant du 20<sup>e</sup> siècle, la campagne contre la tuberculose au Canada allait être dirigée par des ligues anti-tuberculose semi-privées seulement en partie financées par le gouvernement. Dans les années 1920, grâce aux mesures prises pour lutter contre les maladies infectieuses en général et à la hausse du niveau de vie, les taux de tuberculose au sein des populations blanches ont décliné – tout comme la demande pour les soins fournis dans les grands sanatoriums qui avaient été créés à travers le pays mais où les Autochtones étaient, faut-il le préciser, rarement admis. Les discours sur la tuberculose se sont dès lors réorientés pour porter sur le risque probable d'infection posé par les Autochtones auprès desquels les taux d'infection et de mortalité restaient élevés. « Les associations contre la tuberculose ont sensibilisé le public à la prévention et au traitement de la tuberculose et ont exercé une pression constante sur le gouvernement fédéral pour qu'il contrôle la " menace " que posait la tuberculose dans les réserves [traduction libre] » (Lux 1998, p. 282). Même dans ce contexte colonialiste et racialisé, comme les recherches de Meijer Drees l'ont montré, les patients et le personnel autochtones ont trouvé des façons de mettre à profit leurs traditions de guérison et ont tissé de solides relations d'entraide – contredisant ainsi les perceptions de victimisation et de passivité systématique qui avaient cours à l'égard de ces mêmes communautés (Meijer Drees 2013).

Les activistes engagés dans la lutte anti-tuberculose non autochtones, comme le Dr R. G. Ferguson en Saskatchewan, cultivaient en effet des opinions racistes à l'égard des Autochtones, jugeant qu'ils étaient « primitifs », qu'ils appartenaient à une race biologique inférieure à la race blanche et qu'ils étaient vulnérables à la tuberculose parce qu'ils manquaient de « sang blanc » (Lux 1998, p. 282, 284). Les Autochtones sont dans ces conditions devenus des objets de recherche dans la lutte

contre les maladies infectieuses. Au début des années 1930, Ferguson, avec le soutien du Conseil national de recherches et du Ministère des affaires indiennes, a mené un essai du vaccin Bacille de Calmette-Guérin (BCG) dans des réserves autochtones de la région de Qu'Appelle, dans le sud de la Saskatchewan (territoire du Traité 4) – des groupes cries, assiniboines et des Salteaux du peuple ojibwé. Mary-Ellen Kelm soutient que, en Colombie-Britannique, les recherches en santé menées auprès des communautés autochtones durant cette période étaient « essentielles pour une société qui cherchait à exercer son contrôle par son savoir et la création d'archives de données colonisatrices, plutôt que par des démonstrations de force [traduction libre] ». Alors que des « milliers de corps autochtones étaient soumis à l'examen des chercheurs médicaux », peu d'efforts étaient par contraste déployés pour s'attaquer aux causes sociales et économiques de ces taux élevés de tuberculose désormais documentés (Kelm 1999, p. 120).

Les essais du vaccin BCG de Ferguson, qui se sont déroulés sur plus d'une décennie, de 1933 à 1945, ont été considérés comme un succès. Mais ils ont aussi révélé que la pauvreté et les mauvaises conditions sanitaires dans les réserves contribuaient à des taux élevés de mortalité dus à d'autres maladies que la tuberculose. Soixante-dix-sept participants aux essais étaient ainsi décédés avant leur premier anniversaire – ce qui représentait un taux de mortalité infantile de 12 pour cent. Au bout de sept ans, 105 enfants étaient morts, soit 17 pour cent des participants, la plupart de gastroentérite ou de pneumonie. « Le résultat le plus évident des essais du vaccin BCG fut que la pauvreté, et non la tuberculose, représentait la plus grande menace pour les nourrissons autochtones [traduction libre] », soutient Maureen Lux (Lux 1998, p. 289). Pourtant, cette prise de conscience a suscité peu d'intérêt de la part des autorités gouvernementales. L'historienne Mary Jane Logan McCallum conclut à ce sujet : « L'État souhaitait légitimement cerner et analyser les iniquités importantes qui existaient, sans toutefois s'engager à apporter les changements requis [traduction libre] » (McCallum 2017, p. 104).

### **Investissement et innovation provinciaux à l'heure d'une sensibilisation du public**

À l'échelon provincial, il a fallu du temps pour que des ministères autonomes de la santé voient le jour. Comme Peter Twohig le note, « bien qu'il soit possible de reconnaître que la santé publique au Canada a connu un essor global des années 1880 aux années 1920, les différences entre les provinces ont limité ce qui aurait pu être accompli [traduction libre] » (Twohig 2002, p. 123). La première province au Canada à créer un tel ministère fut le Nouveau-Brunswick, en octobre 1918, à l'heure de la grippe – une coïncidence certes fortuite mais qui a joué en faveur du nouveau ministère, lequel s'est avéré un rouage essentiel de la réponse de la province à la pandémie. À cet égard, les réformistes du Nouveau-Brunswick avaient été inspirés moins par le modèle britannique que par d'autres influences, en particulier celles qui filtraient par la frontière canado-américaine. Jane Jenkins soutient que les « idéologies innovantes en matière de santé publique » qui émanaient de l'est des États-Unis y ont été adaptées aux problèmes de la santé publique rurale (Jenkins 2017). La nouvelle Loi sur la santé publique allait subdiviser la province en districts, chacun étant doté d'une régie locale de santé. Les médecins hygiénistes, les inspecteurs sanitaires et les infirmières de la santé publique des districts exploitaient des cliniques gratuites financées par le gouvernement pour maîtriser la tuberculose et les maladies vénériennes, offraient des cours sur la nutrition et les soins aux bébés, vérifiaient la santé des écoliers et administraient le vaccin antivariolique, obligatoire. Des mesures qui ont assurément contribué au déclin de la mortalité infantile (Jenkins 2017, p. 517).

Il faut ici considérer que dans l'entre-deux-guerres, les régions rurales sont devenues des lieux d'innovation en matière de santé publique, bien que la Dépression ait entraîné des compressions budgétaires dans un certain nombre de provinces. À l'époque, la Fondation Rockefeller jouait un rôle majeur dans l'amélioration de la santé internationale (en particulier comme bailleur de fonds) initiant et soutenant des initiatives en santé publique qui se sont déployées bien au-delà de la frontière américaine; au Canada, la Fondation a soutenu la création d'unités sanitaires rurales dans plusieurs provinces ainsi que de la première école d'hygiène, à l'Université de Toronto, en 1927 (Bator 1990, Twohig 2002, Fedunkiw 2005). Elle a également offert des bourses d'études en santé publique à des Canadiens (à des hommes surtout). Le Dr Alphonse Lessard, directeur du Bureau provincial de la santé du Québec, fut l'un d'eux. Influencé par ses études sur les unités sanitaires rurales de la Caroline du Nord et de l'Ohio, Lessard décidait d'appliquer le modèle au Québec en créant une première unité de démonstration en Beauce, en 1926. Au cours des cinq années suivantes, 23 unités sanitaires de comté allaient être créées dans la province, desservant plus de trois quarts de million de résidents des régions rurales et employant pas moins de 160 personnes, dont une majorité d'infirmières (Nadeau 1931, p. 91). Ces unités sanitaires fournissaient des services de proximité, en grande partie grâce aux efforts d'infirmières en santé publique donc, qui avaient accepté de travailler à l'extérieur des grands centres urbains.

Plusieurs provinces étaient au fait de ce que le Québec avait mis en œuvre. Ces efforts étaient mentionnés et analysés dans les journaux spécialisés, dont la *Revue canadienne de santé publique*. En Nouvelle-Écosse, par exemple, un Ministère de la santé voyait le jour en 1931 et allait très largement investir dans le contrôle de la tuberculose. Après qu'un rapport financé par la Fondation Rockefeller a été publié en 1935, la province créait cinq unités de santé publique qui avaient pour mission de fournir éducation, soutien à la santé maternelle, services de vaccination et traitements contre les maladies respiratoires et digestives des enfants. Ces services étaient, là encore, assurés par des infirmières spécialisées en santé publique. Ce système, note l'historienne Sasha Mullaly, ne s'est pas substitué aux services de santé publique rudimentaires, et éclatés, qu'offraient jusque-là médecins et conseils ruraux; il s'est développé en parallèle. Au milieu des années 1930, la plupart des médecins hygiénistes ruraux étaient des médecins de la région qui recevaient un honoraire modeste pour effectuer des tâches élémentaires de prévention, telle la déclaration des cas de maladie infectieuse (Mullaly 2009, p. 103). Il n'était pas prévu que les nouvelles infirmières de santé publique assument ce rôle à leur place, mais plutôt qu'elles soutiennent ces praticiens dans leurs tâches.

Moins bien payées et ayant moins de pouvoir que les médecins, ces professionnelles « œuvraient à l'intersection de la science et de l'humanisme » (Davies 2002, p. 78). Reconnues pour leur proactivité et leur polyvalence, elles ont aussi repoussé les frontières entre la prévention et le traitement, élargissant le rôle de la santé publique dans les zones rurales. Elles partageaient leur temps entre les cliniques, les écoles, les visites à domicile et les soins aux personnes alitées, en plus de passer beaucoup de temps à s'occuper de formalités administratives. Dans certains cas, des services de sage-femme ont même été intégrés à la pratique de ces infirmières. Considérant la pénurie de médecins dans les régions rurales et les grandes distances à parcourir – un problème qui n'était pas propre aux provinces maritimes – les infirmières de santé publique répondaient à des besoins et des demandes locales. En étant présentes dans les foyers où les enfants venaient au monde, elles ont tissé des liens avec leurs patients, une relation fondamentale qui allait s'étendre au suivi de l'état de santé des nourrissons et à l'administration des vaccins. Mais les décideurs ne le voyaient pas de cet œil : lorsque la Nouvelle-Écosse a évalué son programme de

santé publique dans une enquête menée en 1950 sur les services et les établissements de santé de la province (Survey of Health Services and Facilities), les rôles dévolus à ces infirmières et aux médecins privés étaient clairement établis et bien distincts (Mullally 2009, p. 114).

L'expérience de la Nouvelle-Écosse trouve écho dans les conclusions tirées par Megan Davies sur les résultats contradictoires des réformes de 1930 menées par la Colombie-Britannique : « Les initiatives en soins de santé communautaire, fortement appuyées par les résidents locaux, ont été remplacées par un système axé sur une surveillance et une administration centralisées, sur la méthode scientifique et sur une professionnalisation de la santé publique [traduction libre] ». Davies soutient que cela a donné lieu à un modèle « dépersonnalisé » de la santé publique (Davies 2002, p. 82). Une occasion de maintenir des programmes efficaces de prévention des maladies infectieuses qui susciteraient la confiance des communautés concernées était là perdue.

Les infirmières en santé publique ont alors vu diminuer les occasions de répondre aux besoins des collectivités locales; elles ont été confinées à un système dirigé par un nouveau groupe professionnel élitiste et presque exclusivement masculin, celui des administrateurs de la santé publique. Un des informateurs de Davies lui a confié des années plus tard que ces activistes de la santé publique « avaient [certes] réussi à obtenir une reconnaissance professionnelle de leurs efforts, mais avaient échoué à communiquer aux habitants de la province la valeur de ce qu'elles avaient créé [traduction libre] (Davies 2002, p. 83). Cette incapacité à recueillir l'appui du public a été amplifiée par la distinction établie entre pratiques préventives et curatives.

Malgré la professionnalisation de la santé publique dans les années 1930, le Conseil fédéral d'hygiène et l'Association canadienne de santé publique, une ONG fondée en 1910, ont de concert souligné le manque flagrant de constance dans le développement des institutions et de l'infrastructure dans le domaine. En 1939, une enquête montrait que seules 85 municipalités employaient un médecin hygiéniste à temps plein; la moitié de la population canadienne n'était pas desservie par un médecin hygiéniste permanent. Les auteurs de cette étude ont constaté que moins de 10 % des dépenses publiques en santé au Canada étaient consacrées à la prévention des maladies. L'étude appelait le gouvernement fédéral à corriger cette situation en accordant aux provinces des subventions destinées à soutenir le champ (Bator 1990, p. 103).

Il faut en même temps remarquer que l'état n'était alors pas seul à faire la promotion de la santé publique. Des organisations comme la Ligue canadienne de santé ont aussi joué un rôle dans la promotion de la vaccination contre la diphtérie, la pasteurisation du lait et la sensibilisation des Canadiens à l'égard de maladies chroniques comme l'arthrite, les maladies du cœur et le cancer, qui commençaient à poser une menace plus importante que les maladies infectieuses au pays. Les activités de la Ligue se sont étendues à des programmes de santé publique provinciaux au cours des années qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale. En 1943, l'organisation lançait la Semaine nationale de l'immunisation et, l'année suivante, la Semaine nationale de la santé. Ces campagnes pancanadiennes ont mitraillé les Canadiens de messages culpabilisants sur l'importance de faire vacciner leurs enfants, la bonne alimentation, la prévention des accidents et les bienfaits de la fluoruration de l'eau (Carstairs, Philpott et Wilmshurst 2018). En parallèle, la Croix Rouge faisait valoir l'importance de savoir prodiguer les premiers soins et de respecter les règles de sécurité en milieu aquatique (Glassford 2016). Dans l'après-guerre, des organismes associés à la lutte contre une maladie en particulier, comme la Fondation canadienne du cancer (1938), la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme (1947) et la Fondation canadienne

des maladies du cœur (1956), ont commencé à jouer un rôle de premier plan dans la promotion de la santé publique.

## **Les débats sur l'assurance maladie, d'autres occasions manquées et l'évolution du rôle de la santé publique**

Vers la fin des années 1930, le contexte politique entourant les soins de santé était en train de changer. Un appui politique à la « socialisation » des soins de santé se développait au Canada comme aux États-Unis et en Grande-Bretagne. Même si trois décennies allaient s'écouler avant que les soins médicaux assurés fassent leur entrée, la nécessité d'une forme ou d'une autre de couverture médicale et hospitalière apparaissait déjà comme une réalité inéluctable. Avec un impact probablement encore plus fort sur la santé publique, les appels en faveur de soins de santé accessibles à tous ont commencé à dominer les débats publics sur une possible réforme du système de santé. Comme le déclarait J. J. Heagerty, futur président du Comité consultatif de l'assurance santé, « la tendance en santé publique penche vers l'assurance santé » (Heagerty 1940, p. 112). Pour la première fois depuis la fin du 19<sup>e</sup> siècle, les échanges ne portaient plus sur le rôle de la santé publique et de la prévention, mais sur les moyens qui pouvaient être mobilisés pour que tout un chacun ait accès à des soins en tombant malade. La santé publique, qui mettait déjà l'accent sur l'expertise technologique et la responsabilité individuelle, n'était plus en accord avec l'esprit du temps.

Il faut dire que la Dépression, qui à son paroxysme a laissé un tiers des Canadiens sans emploi, fut une dure leçon de responsabilité collective. La population en était venue à contester l'idée selon laquelle les gens étaient au chômage en raison d'une quelconque déficience personnelle ou d'un manque de volonté, parce qu'ils n'étaient pas suffisamment motivés pour travailler. Ouvriers comme agriculteurs ont pris conscience des iniquités structurelles du système économique dans lequel ils évoluaient – donnant naissance à des partis politiques de gauche qui appelèrent à de vastes transformations, voire à l'abolition pure et simple du capitalisme. On repère une tendance connexe dans un effort collectif pour pouvoir se détourner d'un marché privé de la pratique médicale et des soins. Les critiques du système médical en place soutenaient qu'il avait échoué à répondre aux besoins de la majorité, y compris aux besoins de nombreux médecins et infirmières, mal rémunérés et insuffisamment soutenus par la société dans leur travail. Pour certains, il était devenu indispensable d'établir des liens entre la pauvreté, les problèmes de santé et le manque de soins. La pauvreté, autant que le manque d'accès aux traitements, dégradait l'état de santé des individus; non traitées, les maladies entraînaient invalidité et pauvreté accrue. Il fallait absolument briser ce cercle vicieux, celui des iniquités en santé.

Ceux qui plaidaient pour une médecine socialisée, les partisans les plus radicaux d'une participation effective et importante de l'État à la prestation des soins de santé, ont élaboré un modèle de réforme du système médico-sanitaire qui visait à donner à tous accès à des soins de santé de qualité dans le cadre d'un continuum d'une offre assurée de médecine préventive à des services médicaux spécialisés. Certains activistes de la Saskatchewan, par exemple, se sont à l'époque inspirés d'idées qui circulaient en Union soviétique, en Grande-Bretagne, en Nouvelle-Zélande ou encore aux États-Unis. Au Canada et aux États-Unis, le modèle des centres de santé était particulièrement novateur quant à sa façon d'aborder les inégalités de santé en milieu rural nées d'un manque d'accessibilité à des services de qualité. Il s'appuyait sur plusieurs principes qui le distinguaient des autres modèles d'assurance santé qui circulaient alors. Un de ces principes

était justement l'intégration de la prévention et des traitements curatifs. Considérés comme une réussite de la médecine soviétique, les soins intégrés devaient être fournis dans des centres « tout inclus » idéalement situés par rapport aux familles qui étaient supposées les fréquenter. Comme le soutient Esyllt Jones, le fait que ce modèle n'a pas été mis en œuvre en Saskatchewan dans les années 1940 a eu par la suite des répercussions durables pour le régime provincial d'assurance-maladie; une occasion manquée de fusionner la médecine préventive et curative (Jones 2019). Certains de ces concepts ont été intégrés plus tard, par exemple par les CLSC au Québec, mais ils ne sont jamais devenus des éléments fondateurs de la prestation des soins de santé au Canada.

En pleine guerre, au moment où le pays semblait sur le point d'inaugurer un programme d'assurance-santé national, l'Association canadienne de santé publique réclamait une extension du domaine de la « santé publique » qui inclurait assurance-santé, prestation de soins assurés par des médecins, des infirmières, des dentistes et des unités de santé locales oeuvrant à temps plein. Sa « Charte de la santé publique » (1942) et le mémoire qu'elle a présenté en 1943 au Comité spécial de la Chambre des communes sur la sécurité sociale appuyaient un plan national d'assurance-santé, tout en continuant de réclamer que le gouvernement fédéral verse des subventions aux provinces pour soutenir leurs programmes de santé publique dans des domaines comme la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes, ainsi que l'établissement d'unités sanitaires pérennes dotées de médecins hygiénistes (Bator 1995, p. 104). Ces propositions visaient à conjuguer les demandes formulées depuis longtemps pour une meilleure infrastructure préventive à la nouvelle priorité sociale que constituait l'accès aux soins médicaux. La proposition ne remporterait toutefois qu'un succès très mitigé dans l'après-guerre.

En 1944, le Ministère de la santé fédéral est devenu celui de la santé nationale et du bien-être social, en attendant la version canadienne du " National Health Service " britannique et l'amélioration du filet constituant la sécurité sociale (MacDougall 2007, p. 955). Comme le démontre Heather MacDougall, la perspective d'un NHS canadien s'est volatilisée au cours des premières années de l'après-guerre, victime du conservatisme fiscal des Libéraux fédéraux et de la résistance de plusieurs provinces, à qui le système fédéral avait octroyé totale liberté en matière de santé (MacDougall 2009). En même temps, plusieurs avancées médicales (comme la découverte de l'effet apparemment miraculeux des antibiotiques) ont contribué à accuser une tendance, celle de donner priorité aux traitements médicaux sur la prévention.

Cette tendance a été consolidée par le changement graduel qui s'est opéré dans la nature (perçue) des maladies ayant affecté les sociétés occidentales au fil du 20<sup>e</sup> siècle, siècle pendant lequel les taux de mortalité dus aux maladies infectieuses ont chuté de manière importante alors qu'une part croissante des décès était désormais causée par des problèmes non infectieux. Pour exemple, le pourcentage de décès liés à la tuberculose au Canada est passé de 7,3 % en 1931 à 0,1 % en 1981; la proportion de décès liés à des maladies infectieuses et parasitaires de 5 % à 0,4 % au cours de la même période. Cancers et maladies cardiovasculaires tuaient alors proportionnellement plus de Canadiens, quoique dans un contexte global de mortalité en baisse et d'augmentation de l'espérance de vie (Nagnur et Nagrodski 1990, p. 14). Dès le milieu des années 1950, cette transition épidémiologique, au niveau des causes de mortalité, a commencé à nécessiter des adaptations sur le plan de la santé publique. Le discours sur le risque individuel fournit une bonne illustration : « un élément essentiel qui confirme le point de vue qui se répandait que les maladies chroniques constituaient désormais le principal problème de santé est l'adoption d'un modèle épidémiologique basé sur les facteurs de risque [ou sur la population]

comme fondement de la santé publique [traduction libre] », lequel accordait une plus grande importance aux comportements individuels sains qu'aux conditions sociales (Weisz 2014, p. 190-191).

Simultanément, avec la mise au point de plusieurs vaccins capables de prévenir des maladies infantiles encore prévalentes (et mortelles) comme la poliomyélite (1955), la rougeole (1963), les oreillons (1964) et la rubéole (1968), ainsi que du premier vaccin anti-rougeole-oreillons-rubéole (1971), la prévention est devenue synonyme de vaccination de masse administrée dans le cadre de programmes et de campagnes provinciales. Cet état de fait a eu des incidences ambiguës sur le champ de la santé publique, en cela qu'il a mis en valeur les solutions pharmaceutiques et technologiques en matière de prévention collective, tout en minorant l'importance d'une expertise pourtant ancrée dans d'autres formes de prévention non pharmaceutiques et non médicales. C'est en ce sens que Bator fait référence à une « tendance [croissante] à remplacer le modèle traditionnel de la santé publique basé sur les conditions saines et une approche multidisciplinaire par un modèle qui réduit la santé publique au rôle médical du traitement des maladies [traduction libre] » (Bator 1995, p. 14).

Ces nouvelles réalités ont conduit en quelque sorte à une crise identitaire de la santé publique, qui tentait tant bien que mal de maintenir son autonomie et son influence. Les acteurs de la santé publique parmi les plus prudents ont voulu s'adapter à ce contexte en orientant leurs efforts vers la sensibilisation du public à un éventail réduit de sujets, comme la toxicomanie, l'alcoolisme, le tabagisme et les maladies transmissibles sexuellement, ainsi que vers l'élaboration d'approches préventives en matière de santé mentale. D'autres ont préconisé l'adoption de nouveaux rôles pour le secteur et ont éveillé les consciences à de nouvelles préoccupations, en particulier environnementales. En 1962, le directeur de l'École d'hygiène de l'Université de Toronto, Andrew Rhodes, élaborait un nouveau plan de santé publique qui appelait notamment à une réduction de la pollution de l'air et de l'eau, tout en faisant valoir le rôle d'une santé publique communautaire dans la gestion des maladies chroniques et en préconisant le soutien aux personnes âgées par le biais de services élargis de soins à domicile. À ce dernier sujet, Rhodes proposait un modèle, sensé, de soins à domicile « communautaires », dans lequel des départements de santé locaux coordonneraient les services offerts par des infirmières de santé publique dans les résidences pour personnes âgées. Il décrit ce type de service comme étant de la « prévention secondaire », conçue pour stopper la progression des maladies chroniques (Rhodes 1962, p 320). La santé communautaire : en l'absence encore d'un régime national d'assurance-santé, les intervenants en santé publique allaient soutenir que celle-ci avait un rôle primordial à jouer en fournissant des services de santé aux populations mal desservies.

En 1965, le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (ou Commission Hall) a néanmoins minimisé le rôle qu'aurait pu jouer ce modèle de soins préventifs et de soutien communautaire en faveur d'un système d'assurance-médicale basé sur la rémunération à l'acte et les soins curatifs tertiaires. Au début des travaux de la commission, une attention prometteuse avait été accordée à la santé publique; la commission inclurait même un rapport détaillé sur son rôle futur, *Organized Community Health Services*, rédigé par John Hastings et William Mosley. Le rapport recommandait que soient fournis des « services complets de santé publique dans l'ensemble du pays, en association étroite avec les services sociaux, et que la santé publique joue un rôle majeur au sein d'une structure coordonnée de services de santé assurée par des conseils régionaux de planification et d'administration [traduction libre] » (Bator 1995, p 39).

Mais à ce moment-là le plaidoyer en faveur de la santé publique s'était déjà embourbé dans des considérations politiques, celles entourant l'assurance-maladie; il jurait avec les positions de la médecine conventionnelle sur les modalités d'une l'assurance-santé publique. L'opposition des médecins à l'assurance-maladie s'était cristallisée autour de la grève de 1962 des praticiens de la Saskatchewan, déclenchée en réaction à la mise en place par cette province de soins médicaux financés par des fonds publics. Ceux qui appuyaient le régime d'assurance public étaient accusés d'être communistes. L'École d'hygiène de l'Université de Toronto d'Andrew Rhodes allait même être surnommée par certains membres de la Faculté de médecine la « Petite école rouge », à cause de la prise de position de l'institution et de son directeur en faveur d'un régime public d'assurance-maladie (Bator 1995, p. 39).

La note de breffage présentée par l'École d'hygiène à la Commission Hall appuyait la mise en place d'un régime universel d'assurance-santé, tout en insistant sur l'importance des soins préventifs. Lorsque la Commission Hall a publié son rapport en 1965, les défenseurs de la santé publique tels que Rhodes ont en soutenu les recommandations en faveur de l'assurance santé mais se sont avoués déçus par le peu de place réservée à la santé publique. Selon certaines des entrevues que celui-ci a données, et sa correspondance privée, on peut en déduire que le peu de considération réservé au final aux recommandations de Hastings et Mosley dans le rapport de la Commission Hall était le résultat des tentatives de la commission d'apaiser le secteur de la médecine conventionnelle et le secteur hospitalier (Bator 1995, p. 39). Le modèle de réforme de la santé publique proposé a en somme été sacrifié pour mieux faire accepter des services médicaux publics.

En examinant attentivement les deux volumes du rapport de la Commission Hall, on doit prendre acte que celle-ci reconnaissait l'importance d'autres sujets que la couverture des soins médicaux, y compris l'état de santé des Autochtones, les problèmes environnementaux et la nécessité d'un continuum dans les soins offerts. L'occasion était belle d'adopter une réforme et une réorganisation en profondeur des soins de santé au pays. Mais plutôt que de promouvoir les éléments les plus ambitieux du rapport, les législateurs se sont concentrés sur l'introduction de la *Loi sur les soins médicaux* (1966). Cette loi mettait en place un régime d'assurance publique fédéral-provincial à coûts partagés pour les services médicaux. Elle a été adoptée par un gouvernement libéral minoritaire, avec le soutien du NPD, malgré les critiques émises par ce dernier parti au regard du fait que la loi ne tenait pas compte des autres recommandations importantes de la Commission Hall, notamment en ce qui avait trait à la couverture des services pharmaceutiques, des soins dentaires et des soins à domicile. Rappelons que nous tentons encore aujourd'hui de remédier à ces carences.

### **Après l'assurance maladie : les contradictions dans la promotion de la santé**

La *Loi sur les soins médicaux* mettra du temps à être appliquée dans toutes les provinces. Et alors même que le régime d'assurance-maladie s'organisait, les inquiétudes quant aux futurs coûts des services de santé commençaient déjà à être évoquées. À partir des années 1970, le gouvernement fédéral a mis l'accent sur deux rôles, en apparence contradictoires, relativement à l'élaboration des politiques canadiennes en matière de santé : la maîtrise des coûts et la mise de l'avant de nouveaux paradigmes visant à intégrer la prévention et à promouvoir la santé de la population. Si la prévention n'a jamais reçu le financement soutenu et l'attention populaire qu'elle méritait pour que soit à terme assuré un réel rééquilibrage des services préventifs et curatifs

(Pinder 1994, 2007), à ce moment-là, les maladies infectieuses ne semblaient plus constituer une menace sérieuse. Les mesures de santé publique, au-delà des campagnes de vaccination, allaient alors principalement porter sur la modification des comportements individuels.

Le jumelage de l'attention à la prévention et de la maîtrise des dépenses est manifeste dans le Rapport de l'étude sur les centres de soins communautaires (ou rapport Hastings) présenté à la Conférence des ministres de la Santé en 1972. Il commençait en effet en énonçant que les coûts du système de santé curatif augmentaient à une cadence insoutenable et affirmait que « les centres de soins communautaires étaient de plus en plus considérés comme des moyens de ralentir l'augmentation des coûts des services de santé et de refléter plus complètement les objectifs, les priorités et les relations que la société souhaite établir pour les soins de santé futurs » (Hastings 1972, p. 362).

Le rapport Hastings faisait assurément écho à l'appel lancé en faveur des centres de santé dans les années 1930 et 1940 – dans les années 1970, on les nommait désormais « centres de soins communautaires », ou « centres de santé communautaires » (CSC). Hastings évoquait d'ailleurs explicitement l'expérience de la Saskatchewan où l'on prévoyait établir ces centres de santé à l'échelle de la province (bien que l'initiative ne se soit jamais entièrement matérialisée). Comme dans le cas de la version précédente du modèle des centres de santé, l'intégration de la prévention et des traitements était essentielle. Employant le langage contemporain de la promotion de la santé, le rapport soutient que :

L'accent doit être mis sur la qualité des soins initiaux et continus et à la satisfaction des besoins des personnes et des familles. Un équilibre doit être trouvé entre les services de promotion et de prévention de la santé, de diagnostic et de traitement, ainsi que de réadaptation. [...] La promotion et la prévention de la santé doivent comprendre des services de conseil pour préparer les gens aux diverses étapes de la vie, des services éducatifs pour améliorer leurs habitudes de vie, des services de planification familiale et des services particuliers de protection, comme la vaccination [traduction libre] (Hastings 1972, p. 363).

Les infirmières en santé publique étaient envisagées comme des rouages essentiels de l'équipe de soins, comme l'étaient les infirmières praticiennes au champ d'exercice élargi et les sages-femmes. Le rapport mettait de l'avant une approche « centrée sur la personne », soutenant que « la participation active et responsable de la personne à ses propres soins de santé et aux soins des autres est essentielle à notre vision [traduction libre] » (Hastings 1972, p. 364).

Le rapport Hastings n'a pas réussi à faire sa marque en raison des critiques, très dures, qu'il a suscitées du côté des professionnels de soins, en particulier des médecins. Le principal lieu de discordance avancé par ceux-ci (qui préconisaient un système de rémunération à l'acte) relevait de la recommandation faite d'une rémunération salariale. En parallèle, l'engagement pris dans le rapport en faveur de la contribution de non-professionnels de santé au fonctionnement du système et de la mise sur pied d'équipes de soins multidisciplinaires a également suscité l'ire des praticiens qui entrevoyaient là une réduction notable de leur pouvoir. Certains professionnels de la santé ont soutenu que le recours à des équipes de soins ne ferait qu'augmenter les coûts du système, plutôt que de les diminuer. Comme ce fut le cas à l'époque de la controverse suscitée par la commission Hall, les partisans d'une santé publique vigoureuse se sont retrouvés coincés au cœur d'une lutte entre la médecine organisée, pour qui la rémunération à l'acte était une exigence non négociable, et les modèles de remplacement envisagés qui auraient accordé à

la santé publique une plus grande voix au chapitre et une plus grande reconnaissance de son rôle dans la promotion de la santé. Compte tenu de la polarisation du débat et du capital social et politique des médecins, l'élargissement du rôle de la santé publique au sein d'un modèle sanitaire communautaire était dès lors une cause perdue. De ce fait, le modèle des CSC n'a pas pu se développer hors du Québec, où les Centres locaux de services communautaires, ou CLSC, ont reçu un appui gouvernemental plus important que les CSC ailleurs au pays.

Pourtant, la nécessité d'une plus grande équité en santé et d'une transformation de la médecine conventionnelle était ouvertement plébiscitée par le public à l'ère de changements sociaux importants. Vers la fin des années 1960, l'autorité des experts était remise en question par un certain nombre de mouvements sociaux organisés, relevant d'un activisme étudiant et patient, autour de la reconnaissance des médecines douces, des questions environnementales et du féminisme. Ici, la pertinence de la santé publique se trouvait contestée d'une autre façon, qui lui a cependant offert une planche de salut. Des mouvements comme le féminisme, par exemple, ont plaidé pour une amélioration de l'accès à l'éducation en matière de santé reproductive et aux moyens de contraception, des questions sur lesquelles les responsables en santé publique n'avaient pas été en mesure d'assurer le leadership nécessaire.

Certains de ces mouvements ont adopté le modèle des CSC et ont créé des centres de santé à l'échelle communautaire. Un des premiers exemples du genre, porté par le mouvement syndical, fut le Sault Ste Marie and District Group Health Centre, fondé en 1963 par les Métallurgistes unis d'Amérique. Cette clinique s'inspirait du modèle des centres de santé des corps de métier et des travailleurs du vêtement de Philadelphie et sur les systèmes d'assurance dont certains travailleurs américains disposaient depuis longtemps, comme le Kaiser Permanente en Californie (Lomas 1985, p. 4, 18, 19). D'autres initiatives communautaires ont germé ici et là. Le Klinik Community Health Centre a commencé à fournir des services de santé au centre-ville de Winnipeg en 1971; une décennie plus tard, son programme de santé pour femmes déménageait au sein d'une toute nouvelle Women's Health Clinic.

Les efforts pour trouver un meilleur équilibre entre les approches préventive et curative se sont poursuivis avec la publication, en 1974, du rapport *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens* du Ministre de la santé nationale et du bien-être social d'alors, Marc Lalonde. Ce rapport a suscité un intérêt national et international; élevé au rang de texte fondateur presque mythique, il constitue le premier document gouvernemental à remettre en cause l'hégémonie de la médecine curative en déclarant que la biologie humaine, l'environnement et les choix de vie constituent des facteurs plus importants pour prédire l'état de santé et la longévité d'une personne que des soins médicaux et hospitaliers épisodiques. *La Nouvelle perspective* a aussi permis aux fonctionnaires fédéraux de faire de la prévention et de la coopération intersectorielle un enjeu opérationnel continu au sein de l'arène politique nationale. Dans un contexte social en évolution, cependant, l'approche du haut vers le bas envisagée pour la réforme de la politique de santé s'est butée à de nouvelles difficultés et à des critiques, non seulement de la part des professionnels de la santé, mais aussi des mouvements sociaux et des communautés concernées.

Plusieurs chercheurs ont avancé que *La Nouvelle perspective* avait eu plus d'impact à l'étranger qu'au Canada (MacDougall 2007, Ruttly 2010, p8.8). Il aura, de fait, fallu quatre ans après la publication du rapport pour que le gouvernement fédéral crée la Direction de la promotion de la santé au sein du Ministère de la santé nationale et du bien-être social. Cette direction a élaboré des campagnes de sensibilisation aux méfaits de la cigarette, de l'alcool, des drogues et promu

l'exercice (Pinder 1988). Dès ses débuts toutefois, le service a essuyé des compressions budgétaires et s'est trouvé vertement critiqué pour trop insister sur des programmes de modification des comportements individuels aux dépens d'une action sur des pathologies sociales sous-jacentes, comme le racisme, le sexisme et les inégalités économiques, lesquelles étaient considérées comme engendrant des conditions propices à la gamme de dépendances et de comportements malsains observés et sur lesquels il était question d'agir (Labonté 1981, Pinder 1994). Le concept de promotion de la santé détaillé dans le rapport Lalonde était perçu par certains comme une façon de « rejeter le blâme sur la victime », parce qu'il faisait porter la responsabilité de l'état de santé et de son amélioration aux choix comportementaux de l'individu plutôt qu'aux conditions structurelles influençant sa santé, comme la pauvreté ou les piètres conditions de logement. Ronald Labonté a reproché avec acuité au rapport Lalonde de caractériser l'activisme féministe et celui des syndicats du secteur de la santé comme des « véhicules utilisés pour promouvoir de meilleures habitudes de vie auprès des " femmes au foyer... et des employés sédentaires " » (Labonté 1994).

La nature, et surtout l'étendue de l'engagement du gouvernement en matière de déterminants sociaux, suscitaient le scepticisme, alimenté par des contextes plus larges, celui du néo-libéralisme et, connexe, de l'austérité. En 1977, à peine plus d'une décennie après l'adoption de la *Loi sur les soins médicaux*, le gouvernement fédéral a mis fin au partage égal des coûts et a adopté la *Loi sur le financement des programmes établis* (FPE), qui limitait les dépenses en matière de soins de santé du gouvernement à Ottawa. L'inflation et les répercussions économiques de la crise pétrolière avaient donné le coup d'envoi à ce qui allait devenir une très longue période de restrictions budgétaires et de changements dans les politiques de santé et de bien-être social à tous les niveaux de gouvernement. Avec les années 1980, la doctrine néo-libérale commencerait à exercer son influence sur les politiques de santé au Canada comme ailleurs dans le monde. « L'impact sur la santé des modes de vie personnels était avancé comme argument en faveur d'une responsabilité réduite de l'État au regard de la santé et des soins de santé » (Irwin and Scali 2007, p. 245). Au sein du gouvernement fédéral, une nouvelle Direction de la promotion de la santé était établie en 1979; elle allait élaborer des programmes fédéraux-provinciaux concernant la consommation des drogues et de l'alcool, le tabagisme et l'exercice physique, et tisser des liens à l'étranger par l'intermédiaire de la région Europe de l'OMS. En reconnaissance de son leadership dans le domaine, l'OMS demanderait d'ailleurs au Canada d'être l'hôte de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, tenue à Ottawa en 1986.

Cette rencontre a abouti à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, qui énumère les principaux déterminants de la santé (ou « pré requis ») : la paix, le logement, l'éducation, la nourriture, les revenus, un écosystème stable, la viabilité des ressources, la justice sociale et l'équité (ACSP 2020). Cet accent mis sur les déterminants sociaux se retrouve également dans le document fédéral *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (Epp 1986). Reste que, et bien que le gouvernement ait reconnu le caractère fondamental des déterminants sociaux de la santé, résoudre ces questions allait nécessiter un investissement public considérable que l'État n'était pas alors en mesure d'assumer.

## La fin des maladies infectieuses?

Au cours de la période qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, la santé publique a réorienté ses priorités, de la prévention et de la lutte contre les maladies infectieuses vers l'établissement de

programmes pour lutter contre les maladies chroniques, qui s'affirmaient de plus en plus comme les principales sources de morbidité et de mortalité. Mais cela ne signifie pas que la menace infectieuse avait disparu. Et les inquiétudes ont persisté autour des taux de vaccination des enfants contre des maladies comme la rougeole. Les recherches de Laurence Monnais (2019) sur la vaccination contre la rougeole au Québec ont montré que les taux de vaccination des enfants étaient loin d'être optimaux dans la province encore dans les années 1980, variant de 40 % à 95 % dépendamment de la commission scolaire. Ces taux inégaux de vaccination étaient attribuables à des problèmes d'accès aux services vaccinaux, aux infirmières et aux cliniques, en particulier dans les grandes villes comme Montréal. À l'époque, les CLSC ne tenaient pas particulièrement à miser sur des services de vaccination durables, les pénuries de vaccins étaient fréquentes et les budgets dédiés à l'achat de vaccins très insuffisants. (Jusqu'en 1977, le gouvernement du Québec ne pouvait pas même se permettre de s'approvisionner en vaccins RRO, jugés trop coûteux, et a continué de privilégier l'achat des vaccins monovalents contre la rougeole et la rubéole, au risque de mettre en concurrence, sur le plan financier comme logistique, l'évitement des deux maladies infantiles). En d'autres termes, la réticence face aux vaccins n'était probablement pas la principale cause de taux de vaccination sous-optimaux à l'époque; l'accessibilité oui. Cela dit, la sensibilisation aux bienfaits de la vaccination et des vaccins n'était pas non plus au rendez-vous, l'accent étant désormais plutôt mis sur de nouveaux risques pour la santé infantile (les accidents, l'asthme et les allergies) et non sur des maladies infectieuses qui auraient été émergentes ou réémergentes.

Le risque posé par les maladies infectieuses, contre plusieurs desquelles il n'existait alors aucun traitement ou vaccin, a compliqué les paradigmes de la santé publique dans l'après Seconde Guerre mondiale, si pas le grand récit de la modernité médicale elle-même. Le VIH-SIDA en particulier a exposé au grand jour la nature fragmentée d'un système chroniquement sous-financé, caractérisé par la « confusion », « les attermoissements » et les « messages brouillés » (Rutty 2010 p. 8.18). Le stigmate social associé à l'homosexualité a aggravé l'inadéquation d'une réponse d'emblée problématique, au même titre que le lent engagement de fonds dans la lutte à sa dissémination de la part des gouvernements provinciaux et fédéral. Ce fut en l'occurrence la mobilisation efficace des mouvements de défense des droits des homosexuels qui a ouvert la voie à la recherche et à des traitements pour les personnes infectées. C'est dans le cadre de l'épidémie de VIH/SIDA encore que la confiance en la santé publique s'est érodée, celle des communautés touchées comme celle du grand public, qui ont réagi défavorablement à une réponse à la maladie inadaptée, résultat de la peur et de l'homophobie ambiantes (Société royale du Canada 1988, McKAy 2017).

Le VIH-SIDA aurait dû constituer un signal d'alarme indiquant que les infrastructures de prévention au Canada auraient de la difficulté à répondre de manière efficace à une menace posée par une nouvelle pathologie infectieuse. Ce risque, cependant, a été rapidement minimisé par des discours sur une « maladie des homosexuels » qui aurait probablement peu d'impact sur la population hétérosexuelle. Comme d'autres menaces infectieuses émergentes, le VIH-SIDA est entré en scène à l'heure de l'apogée du néo-libéralisme, alors que les appels en faveur de nouveaux investissements en santé publique avaient très peu de chances d'aboutir. Comme ses homologues en Grande-Bretagne et aux États-Unis, le gouvernement Mulroney a fait de la réduction du déficit par les compressions budgétaires dans les programmes sociaux, et les transferts en santé, une priorité politique. À l'échelon provincial, des provinces comme l'Ontario, sous la gouverne de

Mike Harris, ont entrepris des restructurations substantielles de divers aspects de la prestation des soins de santé, mais toujours dans le but de réduire les dépenses (MacDougall 2006, p. 75)

Alors que les approches en santé publique élaborées dans les années 1970 et 1980 étaient destinées, en partie, à augmenter la capacité de prévention et à réduire le fardeau financier des soins de courte durée, les budgets de la santé publique sont devenus des cibles faciles dans les efforts de compression. La nature comme les bienfaits de la santé publique était moins visibles que ceux des hôpitaux et des soins médicaux; celle-ci comptait moins de défenseurs au sein de la société civile. Les coupures budgétaires des gouvernements fédéral et provinciaux ont été réalisées en diminuant les transferts et en transférant une partie des responsabilités aux autres niveaux de gouvernement. Une des conséquences problématiques de ce délestage serait la détérioration des relations et de la coopération intergouvernementales, un processus qui a assurément nui à la planification en matière de santé publique.

À l'aube du second millénaire, l'inquiétude soulevée par l'imminence d'une « prochaine pandémie » provoquée fort probablement par une nouvelle souche du virus grippal, a suscité des appels à l'établissement d'une stratégie nationale de lutte contre les pandémies. Lorsque le SRAS a frappé, en 2003, ce plan n'était toujours pas en place et le niveau de coordination requis pour offrir une réponse efficace difficile à atteindre. Une grande partie de la réponse de la santé publique au SRAS dut en fait être coordonnée à l'échelle provinciale, voire simplement locale, comme ce fut le cas à Toronto, où un service de santé publique (le Toronto Public Health, TPH), aux fonctions récemment étendues, s'est heurté à des difficultés considérables, dont un manque d'expérience dans la gestion d'épisodes infectieuses potentiellement de grande envergure. « Pendant plus de 50 ans, le TPH n'avait jamais imposé de quarantaine à ses citoyens et même si la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* comprenait des dispositions permettant de le mettre en œuvre, le personnel de TPH n'avait pas d'expérience récente en la matière » (MacDougall 2007, p. 77). Le traçage des contacts d'infectés, par exemple, a dû se faire sans les technologies ou les ressources appropriées (Wilson et Lazar 2006).

En plus d'avoir révélé qu'il y avait des problèmes de communication et de coordination entre les différents échelons de gouvernement, MacDougall soutient que « l'épidémie du SRAS a mis en lumière l'écart qui existait entre la prévention à l'échelle locale et les soins fournis dans les hôpitaux ou les autres établissements de soins tertiaires » (MacDougall 2007, p 77-78). Les hôpitaux étaient familiers avec mesures de contrôle des infections nosocomiales liées à des organismes comme le SARM ou la *C. difficile*, mais ils n'étaient pas prêts à affronter une infection venant de l'extérieur. Il se trouve que, en fin de compte, le SRAS s'est révélé être une infection nosocomiale, les personnes à risque étaient principalement les travailleurs de la santé, leurs familles et les patients. Cette pandémie a néanmoins permis de souligner la nécessité d'instaurer une coordination et une communication efficaces entre la santé publique, les hôpitaux et les autres établissements de santé comme les centres de soins de longue durée.

Les médecins hygiénistes canadiens ont réussi à arrêter la propagation du SRAS – un virus dont ils savaient très peu de choses au départ et pour lequel il n'existait ni vaccin ni traitements spécifiques. Les outils qu'ils ont utilisés pour ce faire étaient des mécanismes traditionnels déployés par les autorités de la santé publique pour lutter contre les éclosions épidémiques depuis un certain temps déjà à savoir : l'isolement, la détection des cas, le suivi de ces mêmes cas et la quarantaine.

La réponse au SRAS fut éclatée, tant sur le plan social que dans le giron du système de de santé. La fragmentation des compétences et des responsabilités en matière de prévention s'imposait avec force. Il est vrai que dans le cadre d'un épisode infectieux national ou mondial, la fragmentation pose problème mais reste inhérente à un système de gouvernement comme le système canadien. En même temps, le SRAS a montré l'importance de la prise de décision à l'échelle locale à l'heure d'une crise de santé publique. Par conséquent, un équilibre doit être trouvé entre la nécessité de coordonner les messages, les capacités d'intervention et la prestation des services, d'une part, et les qualités d'une santé publique qui fonctionne de bas en haut, en interaction étroite avec les collectivités locales, d'autre part. MacDougall (2007) a noté que, en 1918-1920, les médecins hygiénistes locaux entretenaient des relations plus étroites avec les établissements de soins de santé publics et privés, avec les groupes communautaires et avec les ONG et avec les réseaux de bénévoles que ne l'ont fait les autorités de la santé publique pendant l'épisode du SRAS. Et l'engagement bénévole avait alors constitué une part importante de la réponse sociétale à la grippe. Cette réalité découle en partie du fait que le système public de santé était beaucoup moins développé à l'époque qu'aujourd'hui et que les organismes privés, de bienfaisance et religieux, jouaient encore un rôle prédominant dans la prestation des soins, particulièrement auprès de ceux qui ne pouvaient se permettre de payer des soins hospitaliers ou médicaux. Lorsque la pandémie a fait son apparition, ces groupes se sont mobilisés pour amasser des fonds, fournir des soins infirmiers de base, de la nourriture et des vêtements propres. Dans des villes comme Winnipeg, ces initiatives bénévoles étaient souvent coordonnées par le truchement de communautés ethniques avec lesquelles les médecins hygiénistes disposaient de relations déjà bien établies. La large participation du public aussi avait eu un impact unificateur, du moins à court terme, et avait probablement servi à adoucir les critiques du public à l'égard des mesures sanitaires prises à l'époque. Aujourd'hui, des organismes tel l'Association canadienne de santé publique soutiennent d'ailleurs que l'avis et la participation des communautés sont essentiels à la mission de la santé publique. Des données de la Ville de Toronto montrent l'impact dévastateur que la COVID-19 a eu sur les communautés racialisées et, pourtant, il reste encore beaucoup de chemin à faire en matière de consultation de ces communautés, ne serait-ce que pour faire en sorte qu'elles soient représentées au sein de la main-d'œuvre en santé publique (Cheung, 2020).

Le SRAS est aussi un bon exemple d'épidémie qui s'est vu caractérisée par la désignation de boucs émissaires et le blâme de l'autre. L'histoire des maladies est assurément pleine de ces exemples où, à cause de la peur, des préjugés préexistants et de l'intolérance, une épidémie se voit racialisée. Le SRAS, qui serait venu de Chine, a même été instrumentalisé par des opposants à l'immigration chinoise au Canada. La stigmatisation a rapidement débordé le cercle des immigrants chinois pour englober toutes les personnes d'origine asiatique, dont les Philippins, indiquant clairement que les réponses, discriminantes, au SRAS étaient fondées sur les inquiétudes raciales des Canadiens blancs.

Le SRAS, ainsi que d'autres maladies infectieuses récentes (le VIH-SIDA, le virus du Nil occidental, Ebola avant le Sars-cov-2) ou qui réapparaissent (la rougeole, la tuberculose résistante aux antibiotiques) ont placé la barre haut pour la santé publique canadienne, après des décennies d'une attention limitée portée aux risques posés par les maladies infectieuses et contagieuses. Le défi mis en évidence par le SRAS relève de la nécessité d'accroître la capacité de lutter contre les épidémies sans perdre de vue le rôle que doit jouer la santé publique dans la promotion d'une société en meilleure santé et plus résistante aux risques futurs.

La création de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en 2004, suivant les recommandations du Rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, mieux connu sous le nom de Rapport Naylor (2003), se voulait une réponse à ces questions. Son premier état des lieux déposé au Parlement, en 2008, était intitulé *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008 – S'attaquer aux inégalités en santé* – une indication claire que les déterminants sociaux restaient au cœur des priorités de la santé publique canadienne. Toutefois, ni la création de l'ASPC ni celle des Instituts de recherche en santé du Canada, financés par des fonds publics, n'ont résolu les problèmes les plus urgents dans le domaine : le manque de sensibilisation du public à l'égard de son rôle dans le système de santé et le manque chronique de financement. Sans négliger le poids historique de l'activisme de nombreux experts en santé publique, force est de constater qu'on ne peut régler le premier problème sans régler d'abord le second. L'investissement de l'état en santé publique (un investissement qui est malheureusement très difficile à chiffrer avec précision dans le temps), ne représente à l'heure actuelle qu'une infime portion des dépenses totales en santé, que ce soit à l'échelon provincial ou fédéral. Pour exemple, en 2013, les dépenses en santé publique équivalaient à 3% seulement du budget de la santé de la Colombie-Britannique et à 1,5% de celui de la Nouvelle-Écosse (Dutt 2013).

## Conclusion

En 2007, David Butler-Jones et David Mowat ont énoncé le mandat suivant pour la santé publique canadienne : « le rôle de la santé publique ne consiste pas uniquement à assurer la préparation aux urgences (de tous types, infectieuses et non infectieuses, d'origine humaine ou naturelle) et à y répondre, mais aussi à améliorer l'état de santé de la population, à réduire les disparités et à renforcer la viabilité du système des services de santé [traduction libre] ». En théorie, la santé publique doit parvenir à un juste équilibre entre la réponse aux crises infectieuses et la lutte aux iniquités en matière de santé. En pratique, il est loin d'être manifeste que cet équilibre ait été trouvé.

L'objectif de cette note de breffage était d'expliquer pourquoi, dans une perspective historique, cet équilibre s'est révélé difficile à réaliser, réduisant ainsi notre résilience aux épidémies. Nous tenions également à cerner les occasions de changement qui se sont présentées par le passé et qui pourraient éclairer la situation dans laquelle nous nous trouvons actuellement.

Les obstacles à une réforme de la santé publique sont certainement considérables. Des années 1920 à aujourd'hui, l'accent mis sur les traitements médicaux, sur le curatif, et le déclin relatif des maladies infectieuses ont érodé l'intérêt du public pour la prévention (collective) (MacDougall 1990, p. 250). L'instauration de l'assurance-maladie (sous l'effet de la pression de l'opinion publique autant que pour des impératifs politiques relevant de l'ordre du pronostic) était essentielle à l'amélioration de l'accès aux soins de santé, mais a donné lieu à un système qui intègre mal la prévention à la guérison. D'autres modèles proposés, qui visaient à créer un continuum de la santé publique aux traitements médicaux individuels, n'ont jamais réussi à s'implanter (Marchildon et Dyck, 2018).

Avec le temps, les tentatives pour limiter les coûts des soins de santé ont donné l'impression que l'assurance-maladie est perpétuellement menacée. Cette situation a motivé mouvements sociaux, travailleurs de la santé et un certain nombre de voix fortes au sein de la profession médicale à vouloir réserver les réformes et le débat public à un système *curatif* assuré. Ces différents acteurs n'ont pas hésité à sonner l'alarme concernant l'état de l'assurance-maladie, bien que souvent

avec des motivations distinctes et potentiellement opposées politiquement; la santé publique, en revanche, n'a pas pu bénéficier de défenseurs de cette trempe et aussi bien organisés depuis les années 1950.

Bien que les gouvernements et les responsables en santé publique aient convenu pendant de nombreuses années (au moins en théorie) de l'importance de la prévention, y compris de l'importance de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, l'accent mis sur les interventions tertiaires continue en réalité de régir le système. Au cours de la dernière décennie, certains défenseurs de la santé publique ont bien essayé de contrer cette tendance en apportant des arguments économiques en faveur de la prévention, misant sur l'efficacité qui pourrait découler d'interventions faites « en amont », pour agir sur les déterminants sociaux (CPHA 2012). L'espoir qu'une démonstration de la rentabilité de la prévention suscite des investissements plus importants dans le champ et permette une plus grande reconnaissance de son utilité n'est pas sans rappeler les années 1970, une autre période de crise pour les revenus gouvernementaux et de croissance rapide des dépenses liées à la prestation des soins médicaux et hospitaliers. À cette époque, la promotion de la santé était saluée par les plus hauts échelons de l'appareil gouvernemental, y compris par les ministres de la santé, comme moyen de réduire le fardeau budgétaire hospitalier et médical. Hélas, l'augmentation du financement de la santé publique et du bien-être social n'a pas suivi.

Comme dans tous les autres domaines relevant de la santé et du bien-être social, les changements apportés aux politiques de santé publique ont nécessité non seulement (ou peut-être même surtout) du leadership à l'échelon fédéral, mais aussi un engagement aux échelons provincial et municipal. Andrea Migone parle d'un mode d'élaboration des politiques au Canada, le gradualisme ponctué, dans le cadre duquel les innovations sont défendues énergiquement par les décideurs, mais stagnent ensuite à cause de la résistance des provinces. « Cette dynamique conduit à un processus de réforme graduelle ponctuée par des éclats de « promesses trop grandes qui ne se réalisent pas [traduction libre] » (Migone 2020, p. 392). L'histoire de la santé publique depuis les années 1960 obéit à cette tendance.

Un autre facteur important dans cette innovation/dichotomie sans issue se trouve dans le rôle central que jouent les élites et les leaders politiques dans l'établissement des programmes de santé publique et leur incapacité relative à faire intervenir les acteurs non gouvernementaux, les communautés ou à capitaliser sur certains mouvements sociaux. Comme l'élaboration des politiques se fait du haut vers le bas, la mobilisation publique n'est pas au rendez-vous, elle pourtant si nécessaire pour soutenir à long terme les changements ponctuellement recommandés. En même temps, le fossé entre le discours et la réalité dans le domaine de la santé publique, en particulier au regard de concepts clé tels que celui de déterminants sociaux, contribue au cynisme et au manque d'engagement public qui empêchent la mise en œuvre de transformations durables.

C'est sans mentionner l'ambivalence du public à l'endroit de la santé publique, amplifiée à l'heure actuelle, dans une société qui s'avère moins déférente à l'égard de l'opinion des experts de la santé que par le passé. Le déclin de la confiance dans la science et dans la santé publique est particulièrement évident dans les débats entourant la vaccination. Depuis que les États-Unis ont procédé à une campagne massive de vaccination pour prévenir une épidémie de grippe porcine en 1976 (une épidémie qui ne s'est jamais réellement matérialisée), laquelle a été suivie d'une augmentation importante des cas de syndrome de Guillain-Barré, les préoccupations au sujet des vaccinations de routine des enfants n'ont cessé de croître. Depuis la fin des années 1990, les

prétentions maintes fois réfutées selon lesquelles le vaccin de la rougeole et l'adjuvant thimérosal auraient contribué à une augmentation du nombre de cas d'autisme ont aidé à accroître la méfiance à l'égard de ces produits biologiques (une inquiétude concernant leur innocuité mais également leur efficacité). Le rôle d'Internet dans la propagation de fausses nouvelles s'est accru depuis les années 1990; en 2019, l'OMS reconnaissait même l'hésitation face à la vaccination comme l'une des dix principales menaces à la santé mondiale. La rapidité avec laquelle plusieurs produits immunisant contre la COVID-19 ont passé les étapes de développement, d'homologation et de commercialisation a alimenté les craintes que les normes de validation établies depuis les années 1960 n'aient pas été suivies à la lettre. Une tâche ardue attend les experts de la santé publique, qui devront rassurer un public sceptique quant au fait que tous les tests requis ont bien été réalisés et que le vaccin, ou plutôt les vaccins, sont sûrs.

Le rapport annuel de 2020 de l'ASPC recommande de porter une plus grande attention aux impacts différentiels de la COVID-19 et aux mesures utilisées par la santé publique pour lutter contre la maladie, en appliquant un cadre de surveillance de l'équité en santé. Conformément aux approches de la santé publique qui appuient la justice sociale et les droits de la personne, le rapport offre un ensemble complet de recommandations, dont plusieurs visent à réformer les politiques sociales afin d'améliorer les conditions d'emploi et de logement, l'éducation de la petite enfance et d'autres déterminants clés. Comme le soutient le rapport, une occasion unique se présente actuellement à nous : nous avons la possibilité de prendre des mesures concrètes pour remédier aux iniquités sociales. Si nous laissons l'histoire se répéter, cette occasion sera encore une fois perdue. Mais si nous tirons des leçons de l'Histoire, nous pourrions enfin progresser dans la bonne direction.

## Recommandations

### **1. Investir dans la prévention dans le cadre d'une double approche :**

- Accorder plus de ressources à tous les échelons de gouvernement pour améliorer l'accès aux services de prévention;
- Accroître l'efficacité de la santé publique en habilitant les infirmières et les professionnels de la santé autres que les médecins à jouer un rôle important dans sa mise en œuvre;
- Réduire les inégalités sociales afin d'améliorer l'état de santé et la résilience des personnes plus particulièrement touchées par la maladie.

### **2. Accroître l'équité en santé et la reddition de comptes relative aux déterminants sociaux :**

- Évaluer les domaines pertinents en matière de politiques publiques à tous les échelons de gouvernement (logement, soutien du revenu, système de justice, services de soins de santé, etc.) sous l'angle de l'équité en santé;
- Établir un bureau de vérificateur de l'équité en santé, qui serait financé par le gouvernement fédéral, présenterait des rapports au Parlement et encouragerait les autres instances gouvernementales à faire de même.

### **3. Faire participer la société civile afin d'atténuer les iniquités historiques et les lacunes en matière de santé publique :**

- Financer des organisations de classe mondiale susceptibles de se porter à la défense active et effective de la santé publique. Celles-ci fourniraient des données pouvant éclairer la prise de décision en matière de santé publique; feraient valoir les droits des malades et des patients; documenteraient et proposeraient des solutions pour atténuer les inégalités intersectionnelles et le racisme; et plaideraient en faveur d'interventions importantes en santé publique et d'un financement plus équilibré;
- Recueillir de meilleures données et les rendre accessibles au public. Nous avons besoin de meilleures informations sur les différentiels sociaux de vulnérabilité aux maladies ainsi que de données recueillies systématiquement pour mieux suivre les tendances liées à la race, au revenu, aux lieux de vie, etc. Lorsque nous disposerons de ces informations, les responsables de la santé publique devront reconnaître les iniquités et les différentiels sociaux et élaborer des plans pour soutenir les plus vulnérables.

### **4. Créer une culture de santé publique équitable par l'éducation :**

- Encourager l'utilisation d'une approche de santé publique horizontale, non verticale (c'est-à-dire du haut vers le bas, une maladie à la fois). Reconnaître que les « solutions technologiques » ne protégeront jamais complètement la société et que le travail humain dans les divers aspects des soins, les mesures non médicales et l'éducation seront toujours essentiels à un bon niveau de résilience et de préparation;
- Sensibiliser davantage les professionnels de santé et le grand public à ce qu'est la santé publique. Cela devrait se faire de manière régulière et non pas seulement en période de crise;
- Établir des programmes multidisciplinaires de formation du personnel de santé publique susceptibles d'intéresser les étudiants des communautés marginalisées et racialisées. Il ne sera pas possible de faire tomber les barrières et de bâtir la confiance sans éliminer un certain nombre de présupposés, tant dans les représentations que dans les pratiques. L'histoire de l'attention accordée aux communautés mal desservies et la reconnaissance des iniquités du système capitaliste démontrée par les générations précédentes d'activistes professionnels et défenseurs de la santé publique peuvent servir de fondement;
- Promouvoir une santé publique inclusive et viable qui s'appuierait sur diverses formes d'activisme et de défense de la santé, et faire participer aux débats et aux décisions sur la santé publique les communautés et les acteurs qui ne font pas partie des cercles de la médecine et des soins de santé en général.

## Références

- Apple, R. 2006. *Perfect Motherhood: Science and Childrearing in America*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Arnup, K. 1994. *Education for Motherhood: Advice for Mothers in 20th Canada*. Toronto: University of Toronto Press.
- Baillargeon, W. 2009. *Babies for the Nation: the Medicalization of Motherhood in Quebec, 1910-1970*. Waterloo: Wilfrid Laurier University Press.
- Bator, P. A. and Rhodes, A. J. 1990. *Within Reach of Everyone: a History of the University of Toronto School of Hygiene and the Connaught Laboratories. Vol I*. Ottawa: The Canadian Public Health Association.
- Bilson, G. 1984. Cholera and public health in Canada. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 75(5), p352-355.
- Bliss, M. 1991. *Plague: a Story of Smallpox in Montreal*. First edition. Toronto: HarperCollins.
- Burnett, K. 2012. Race, disease, and public violence: smallpox and the (un)making of Calgary's Chinatown, 1892. *Social History of Medicine*, 25: 62-79.
- Canadian Public Health Association. 2020. *Canada's Leadership in Addressing the Social Determinants of Health*. [Online] Available at: <https://www.cpha.ca/canadas-leadership-addressing-social-determinants-health> (Accessed: December 2, 2020).
- Canadian Public Health Association. 2012. *Dynamic Simulation Model Workshop Making the Economic Case for Investments in Public Health and the Social Determinants of Health to Improve Health and Health Equity for All in Canada*. [Online] Available at: [https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/progs/soc-detrmnts/frontline/dynamic\\_simulation\\_model\\_workshop\\_report.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/progs/soc-detrmnts/frontline/dynamic_simulation_model_workshop_report.pdf) (Accessed December 2, 2020).
- Carstairs, C. et al. 2018. *Be wise! Be healthy!: Morality and Citizenship in Canadian Public Health Campaigns*. Vancouver [British Columbia]: UBC Press.
- Cassel, J. 1987. *The Secret Plague: Venereal Disease in Canada, 1838-1939*. Toronto: University of Toronto Press.
- Chief Public Health Officer of Canada. 2020. *From Risk to Resilience: an Equity Approach to COVID-19*. [Online] Available at: <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19.html> (Accessed December 2, 2020).
- Cheung, J. 2020. Black people and other people of colour make up 83% of reported COVID19 cases in Toronto. [Online] Available at: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/toronto-covid-19-data-1.5669091> (Accessed February 25, 2021)
- Comacchio, C. R. 1993. *Nations are Built of Babies: Saving Ontario's Mothers and Children, 1900-1940*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Curtis, B. 2000. Social investment in medical forms: the 1866 cholera scare and beyond. *The Canadian Historical Review*, 81(3): 347-379.
- Daschuk, J. 2013. *Clearing the Plains: Disease, Politics of Starvation and the Loss of Aboriginal Life*. Regina: University of Regina Press.
- Davies, M. 2002. Competent professionals and modern methods: state medicine in British Columbia during the 1930s. *Bulletin of the History of Medicine*, 76(1): 56-83.
- Duffin, J. and A. Sweetman (eds). 2006. *SARS in Context: History, Memory, Policy*. Montreal: McGill Queen's University Press.
- Dutt M. 2013. *How Public Health is Funded in Canada and Why That Needs to Change*. [Online] Available at: <https://healthydebate.ca/opinions/how-public-health-is-funded-in-canada-and-why-that-needs-to-change> (Accessed December 2, 2020).
- Epp, J. 1986 *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Eyford, R.C. 2006. Quarantined within a new colonial order: the 1876-1877 Lake Winnipeg smallpox epidemic. *Journal of the Canadian Historical Association / Revue de la Société historique du Canada*, 17(1): 55-78.
- Fairchild, A. L. 2003. *Science at the Borders: Immigrant Medical Inspection and the Shaping of the Modern Industrial Labor Force*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fedunki, M.P. 2005. *Rockefeller Foundation Funding and Medical Education in Toronto, Montreal, and Halifax*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Feldberg, G. 1995. *Disease and Class: Tuberculosis and the Shaping of Modern North American Society*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Glassford, S. 2016. *Mobilizing Mercy: A History of the Canadian Red Cross*. Montreal: McGill-Queen's University Press.

- Hackett, P. 2002. *A Very Remarkable Sickness: Epidemics in the Petit Nord, 1670 To 1846*. Winnipeg: University of Manitoba Press.
- Hardy, A. 1993a. Cholera, quarantine and the English preventive system, 1850-1895. *Medical History*, 37(3): 250-69.
- . 1993b. *The Epidemic Streets: Infectious Disease and the Rise of Preventive Medicine, 1856-1900*. Oxford: Clarendon Press, 1993.
- Hastings, J. E. F. 1972. *Report of the Community Health Centre Project to the Conference of Health Ministers*. Ottawa: Canadian Medical Association.
- Heagerty, J. J. 1940. *The Romance of Medicine in Canada*. Toronto: The Ryerson Press.
- Herring, DA and Korol, E. 2012. The North-South Divide: Social Inequality and Mortality from the 1918 Influenza Pandemic in Hamilton, Ontario. In *Epidemic Encounters: Influenza, Society and Culture in Canada, 1918-1920*. Edited by M Fahrni and EW Jones, University of British Columbia Press. pp97-112.
- Horner, D. 2012. 'The Public Has the Right to be Protected From A Deadly Scourge': Debating Quarantine, Migration and Liberal Governance during the 1847 Typhus Outbreak in Montreal. *Journal of the Canadian Historical Association*, 23(1):65-100.
- Humphries, M.O. 2013. *The Last Plague: Spanish influenza and the politics of public health in Canada*. Toronto: University of Toronto Press.
- Irwin, S. and E Scali 2007. Action on the social determinants of health: A historical perspective. *Global public health*. 2 (3), 235-256.
- Jenkins, J. 2017. A Little East of Eden: Re-Placing Canada's Public Health History. *Journal of Canadian Studies*, 50(3): 511-537.
- Jones, E. W. 2019. *Radical Medicine: the International Origins of Socialized Healthcare in Canada*. Winnipeg: ARP Books.
- Jones, E.W. 2007. *Influenza 1918: Disease, Death and Struggle in Winnipeg*. Toronto: University of Toronto Press.
- Kelm, M.-E. 1999. *Colonizing Bodies: Aboriginal Health and Healing in British Columbia 1900-1950*. Vancouver: UBC Press.
- Kelm, M.E. 2005. Diagnosing the Discursive Indian: medicine, gender and the "Dying Race, *Ethnohistory*, 52(2): 371-406.
- Labonté R, Penfold S. 1981. *Health promotion philosophy: from victim-blaming to social responsibility*. Vancouver: Health Promotion Directorate Western Regional Office.
- Labonté R. 1994. Death of program, birth of metaphor: the development of health promotion in Canada. In *Health promotion in Canada: provincial, national & international perspectives*. Edited by A Pederson, M O'Neill, I Rootman, Toronto: W.B. Saunders. pp72-90.
- Lalonde, M. 1974. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Department of National Health and Welfare.
- Lalonde, M. 1988. Health service managers or managers of health? *Journal of Health Administration Education*, 6(1): 77.
- Lomas, J. 1985. *First and Foremost in Community Health Centres: the Centre in Sault Ste Marie and the CHC alternative*. Toronto: University of Toronto Press.
- Lux, M. K. 2001. *Medicine that Walks: Disease, Medicine, and Canadian Plains Native People, 1880-1940*. Toronto: University of Toronto Press.
- Lux, M. 1998. Perfect subjects: race, tuberculosis, and the Qu'Appelle BCG Vaccine Trial. *Canadian bulletin of medical history/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 15 (2): 277-295.
- Lux, M. K. 2016. *Separate Beds: a History of Indian Hospitals in Canada, 1920s-1980s*. Toronto: University of Toronto Press.
- MacDougall, H. 1990. *Activists and Advocates: Toronto's Health Department, 1883-1983*. Toronto: Dundurn.
- MacDougall, H. 2009. Into thin air: making national health policy, 1939-45. *Canadian bulletin of medical history/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 26(2): 283-313.
- MacDougall, H. 2007. Reinventing public health: a new perspective on the Health of Canadians and its international impact. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (11), p955-959.
- MacDougall, H. (2006) Toronto's health department in action: influenza in 1918 and SARS in 2003. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 62 (1): 56-89.
- MacDougall H, Monnais L. 2018. Immunizing in the age of apathy. measles vaccination and the public's health in Canada, 1963-1998. *CMAJ*, 190(13): E399-E401.
- MacDougall H, Monnais L. 2018. Not without risk: the complex history of vaccine resistance in central Canada, 1885-1960. In *Public Health in the Age of Anxiety: religious and cultural roots of vaccine hesitancy in Canada*. Edited by M Guay, P Bramadat,

- R Roy and JA Bettinger. Toronto: University of Toronto Press. pp 129-161.
- Marchildon G and Dyck, E. 2018. Medicare and Social Democracy. In *Party of Conscience: the CCF, the NDP and Social Democracy in Canada*. Edited by R Lexier, S Bangarth and J Weir. Toronto: Between the Lines.
- McCallum, M.J. L. 2017. Starvation, Experimentation, Segregation, and Trauma: Words for Reading Indigenous health History. *Canadian Historical Review*, 98(1): 96-113.
- McCuaig, K. 1999. *The Weariness, the Fever and the Fret: The Campaign Against Tuberculosis in Canada 1900-1950*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- McKay, R. 2017. *Patient Zero and the Making of the AIDS Epidemic*. Chicago: Chicago University Press.
- Meijer Drees, L. 2013. *Healing Histories: Stories from Canada's Indian Hospitals*. Edmonton: University of Alberta Press.
- Migone, A. 2020. Trust, but customize: federalism's impact on the Canadian COVID-19 response. *Policy & society*, 39(3): 382-402.
- Monnais L. 2019. *Vaccinations. Le mythe du refus*. Montréal/ Genève: Les Presses de l'Université de Montréal (PUM)/ Georg Editeur.
- Mowat D.L., Butler-Jones D. 2007. Public health in Canada: A difficult history. *Healthcare Papers*, 7(3): 31-36.
- Mullally, S. 2009. Between community and state: practicing public health in Cape Breton, 1938-1948. *Acadiensis*, 38(2): 98-115.
- Nadeau, E. 1931. The progress of the organization of county health units in Quebec. *Canadian public health journal*, 22(2): 90-91.
- Nagnur, N. and Nagrodski, M. 1990. Epidemiologic transition in the context of demographic change: the evolution of Canadian mortality patterns. *Canadian studies in population*, 17(1): 1-24.
- Pinder, L. 1998. From A New Perspective to the Framework: a case study on the development of health promotion policy in Canada. *Health Promotion International*, 3(2): 205-212.
- Pinder, L. 1994. The Federal Role in Health Promotion: The Art of the Possible." In *Health Promotion in Canada: Provincial, National and International Perspectives*. Edited by A Pederson, M O'Neill, I Rootman, Toronto: W.B. Saunders. pp92-106.
- Pinder, L. 2007. The Federal Role in Health Promotion: Under the Radar." In *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives*, 2nd Edition. Edited by M O'Neill, A Pederson, S Dupéré, I Rootman, Toronto: Canadian Scholars Press, pp92-105.
- Rhodes, A. 1962. Changing emphasis in public health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 53 (8): 318-325.
- Royal Society of Canada. 1988. *AIDS: A Perspective for Canadians*. Ottawa: Royal Society of Canada.
- Rutty, C. et al. 2010. *This is Public Health: a Canadian History*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Shah, N. 2001. *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown*. Berkeley: University of California Press.
- Stuart, M. 1994. Shifting Professional Boundaries: Gender Conflict in Public Health, 1920-1925. In *Caring and Curing*. Edited by D. Gorham and D. Dodd, Ottawa: University of Ottawa Press. pp 49-70.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. Volume 4. 2015. *Canada's Residential Schools: Missing Children and Unmarked Burials*. McGill-Queen's University Press.
- Tomes, N. 1998. *The Gospel of Germs: Men, Women, and the Microbe in American life*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Twohig, P. 2002. The Rockefellers, the Cape Breton Island Health Unit and public health in Nova Scotia. *Journal of the Royal Nova Scotia Historical Society*, 5: 122-133.
- Valverde, M. 1991. *The Age of Light, Soap, and Water: Moral Reform in English Canada, 1885-1925*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Wallace, S.I. 2017. *Not Fit To Stay: Public Health Panics and South Asian Exclusion*. Vancouver: University of British Columbia Press.
- Wallace, S.I. 2013. Komagata Maru revisited: 'Hindus,' hookworm, and the guise of public health protection. *BC studies*, (178): 33-50
- Weisz, G. 2014. *Chronic Disease in the Twentieth Century: A History*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.



RSC SRC

**The Royal Society of Canada**

282 Somerset Street West  
Ottawa, Ontario K2P 0J6  
[www.rsc-src.ca](http://www.rsc-src.ca)  
613-991-6990

**La Société royale du Canada**

282, rue Somerset ouest  
Ottawa (Ontario) K2P 0J6  
[www.rsc-src.ca](http://www.rsc-src.ca)  
613-991-6990