

Lien social et Politiques

Les services de santé publique des villes nord-américaines : une longue tradition d'engagement municipal

Benoît Gaumer

Généalogies de l'État-providence
Numéro 33, printemps 1995

URI : id.erudit.org/iderudit/005112ar
DOI : [10.7202/005112ar](https://doi.org/10.7202/005112ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN 1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gaumer, B. (1995). Les services de santé publique des villes nord-américaines : une longue tradition d'engagement municipal. *Lien social et Politiques*, (33), 97–106.
doi:10.7202/005112ar

Résumé de l'article

Cette revue de littérature analyse l'évolution historique des services de santé publique urbains en Amérique du Nord à travers les principales études réalisées jusqu'à maintenant. De leur synthèse, il ressort un certain modèle nord-américain d'implantation et de développement des services de santé publique en milieu urbain. Trois phases apparaissent dans cette prise en charge des problèmes de santé par un département de santé publique nettement distinct des institutions municipales. La première étape, qui couvre la deuxième moitié du dix-neuvième siècle, est fortement marquée par la doctrine miasmatique ou anticontagionniste. La seconde correspond à l'adoption de la théorie microbienne. La troisième correspond à l'émergence, entre les deux guerres mondiales, du courant d'éducation sanitaire et de médecine préventive. Ce modèle d'évolution des activités de santé publique se retrouve dans quasiment toutes les grandes villes nord-américaines. Rares sont cependant les études de longue durée (comme celles qui portent sur les villes de New York et de Toronto) permettant de valider ou de réfuter le modèle.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1995

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-utilisation/>]

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

Les services de santé publique des villes nord-américaines : une longue tradition d'engagement municipal

Benoît Gaumer

La première révolution industrielle, qui s'étale tout au long du dix-neuvième siècle dans le monde occidental, « avec une élasticité particulière à chaque pays en fonction de sa trajectoire historique propre » (Goubert, 1989), s'accompagne d'une urbanisation sauvage qui se traduit, semble-t-il, par une détérioration de l'état de santé des populations (Dupâquier, 1990). En réaction à cela, un puissant mouvement de santé publique va se dessiner dont on retrouve des traces dans la plupart des grandes cités qui s'industrialisent à cette époque (Ashton et Ubido, 1991). Ce courant d'hygiène publique en France, de « Sanitary Idea » en Grande-Bre-

tagne, bien qu'il ne concerne pas seulement les villes, va se traduire dans beaucoup d'entre elles par la mise en place de bureaux de santé municipaux permanents.

La prise en charge par les gouvernements des villes des mesures de santé publique comme l'approvisionnement en eau potable, le contrôle hygiénique des denrées alimentaires et l'évacuation des eaux usées ne date pas de la révolution industrielle, qui débute en Angleterre à la fin du dix-huitième siècle (voir à ce sujet, essentiellement, Rosen, 1958). Des services municipaux de santé sous forme de médecins salariés de la cité ont existé bien avant cette révolution, en particulier pour délivrer des soins gratuits aux pauvres et appliquer les mesures de la quarantaine¹. Malgré ces réserves, les étu-



des réalisées jusqu'à maintenant sur les services municipaux de santé publique de nombreuses villes pendant la révolution industrielle confirment la mise en place d'organismes nouveaux ou la régénération des anciens. Cette création de bureaux ou services municipaux

permanents de santé publique aurait débuté en Grande-Bretagne au milieu du dix-neuvième siècle pour se développer ensuite pleinement sur le continent nord-américain.

La revue de littérature qui suit s'appuie sur des monographies concernant les principales villes des États-Unis et du Canada ; la plupart d'entre elles analysent les conditions d'émergence de ces bureaux municipaux de santé publique à la fin du dix-neuvième siècle ou au début du vingtième, sans dresser un portrait complet de leur évolution jusqu'à aujourd'hui.

Le « Sanitary Movement » en Grande-Bretagne et les gouvernements locaux

Comme nous le verrons lors de la présentation des principales monographies concernant les services municipaux de santé publique dans les grandes villes nord-américaines, les commencements de ces administrations ont été influencés par le modèle de l'Angleterre victorienne (voir en particulier MacDougall, 1981). En Grande-Bretagne, entre les années 1840 et 1850, des postes d'officiers médicaux apparaissent dans les grands centres industriels qui se développent. Une association, la « Health and Town Association », va devenir le porte-parole de ce mouvement (Paterson, 1948).

Nommé officier médical de la cité de Londres en 1848, bien qu'à temps partiel, Sir John Simon, un des contemporains de Chadwick, développe toute une série d'activités de santé publique qui serviront à élaborer un « modèle urbain » que l'on retrouvera ailleurs en Grande-Bretagne et dans les pays qu'elle influence (Lambert, 1963). Développement des statistiques sanitaires, inspection des maisons, drainage et évacuation des eaux usées, approvisionnement en eau potable, lutte contre les nuisances industrielles, inspection des denrées alimentaires constituent les priorités d'action de ce « Medical Officer of Health ».

Ce n'est vraiment qu'en 1871, avec la loi intitulée « Local Government Board Act », que les nouveaux districts sanitaires se doteront, en milieu urbain comme en milieu rural, d'un « Medical Officer of Health » et d'un « Sanitary Inspector » à plein temps (Cartwright, 1977).

La première moitié du dix-neuvième siècle, dans les villes anglaises, avait été marquée par l'âpreté des conflits locaux, qui avaient abouti à une paralysie dans l'action de santé publique comme d'ailleurs dans le domaine de l'action sociale ou philanthropique et dans celui de l'éducation (Garrard, 1986).

Après 1848, « les municipalités reçoivent enfin des pouvoirs étendus en matière d'amélioration de l'environnement ». Les organismes chargés de l'administration urbaine vont devoir fusionner ou disparaître. Des obstacles cependant demeurent qui expliquent la lenteur d'installation et la diversité kaléidoscopique des activités offertes. Les partis politiques n'ont jamais eu réellement de politique locale de santé, mais seulement des velléités tactiques. Les conflits des partis expliqueraient la prolifération institutionnelle. L'opinion publique dans l'ensemble n'est pas favorable

aux services de santé municipaux car la taxation est impopulaire tout comme le sont beaucoup de mesures de contrôle des maladies contagieuses (*ibid.* : 162).

Conseils de salubrité, bureaux municipaux d'hygiène et hygiène publique en France

Des bureaux de santé publique municipaux existaient dans certaines grandes villes françaises bien avant la révolution industrielle. Ce fut le cas à Marseille, sous l'ancien régime, pour appliquer les systèmes de quarantaines et de patentes s'appliquant au commerce international (Hildeisheimer, 1980). C'est cependant sous la Restauration, durant les années 1820 à 1830, période marquée par une forte poussée d'urbanisation et d'industrialisation, que vont se structurer les conseils de salubrité des grandes villes et probablement les premiers bureaux municipaux d'hygiène².

Le Conseil de salubrité de Paris est créé en 1802 pour conseiller le préfet de police, en charge des problèmes de santé publique de la ville. Composé au départ de quatre membres, son travail consiste essentiellement à produire des rapports à la suite d'enquêtes qui lui sont confiées dans le champ de la santé publique. Ce dernier est d'ailleurs progressivement élargi. En 1807, les enquêtes portent sur des sujets aussi divers que les aliments avariés, les marchés et les abattoirs, les épidémies et les épizooties, les usines ou ateliers insalubres, les prisons et les bains publics. C'est l'administration de la préfecture de police, en particulier la deuxième division chargée de la santé publique et des travaux publics, ainsi que le bureau de santé qui exécute les recommandations (Laberge, 1992 : 119).

En province, les conseils de salubrité créés dans les grandes villes comme Nantes (1817), Lyon (1822), Lille (1828) et Strasbourg

(1829) ressemblent à celui de la capitale, mais les conseillers ne sont pas salariés plein temps comme à Paris et leur mandat débordé les limites de la ville pour englober l'ensemble du département³. Dans certaines régions, comme à Lyon, les rivalités entre le maire de la ville et le préfet du département vont entraîner la création de deux conseils de santé qui s'affaiblissent mutuellement (*ibid.* : 133). À Marseille également, le conseil de salubrité chargé de prévenir la diffusion des maladies à l'intérieur du département des Bouches du Rhône va entrer en conflit avec le bureau du port, dont la mission était de prévenir l'importation de ces maladies (*ibid.* : 134). L'épidémie de choléra de 1830 va accélérer la mise en place de ces premiers conseils de salubrité dans des villes comme Troyes (1830), Rouen et Bordeaux (1831) et Toulouse (1832), mais aussi dans bien d'autres moins importantes (Bourdelaïs et Raulot, 1987 : 179-186).

Malgré sa large diffusion, le modèle des conseils de salubrité comme institution municipale ou départementale de santé publique présente un certain nombre de faiblesses qui vont se perpétuer au travers des conseils d'hygiène publique et de salubrité mis en place à partir de 1848. Il s'agit seulement d'organismes de conseil, qui dépendent pour l'exécution de leurs recommandations des bons vouloirs des autorités politiques préfectorales ou municipales. En dehors de Paris, les membres de ces conseils ne sont pas salariés et ils se réunissent irrégulièrement. C'est probablement pour ces raisons que certaines villes vont se doter, parallèlement ou à leur place, de bureaux d'hygiène municipaux dont l'histoire est à faire⁴. Malgré l'absence d'études de longue durée sur les institutions locales de santé publique en France, il semblerait

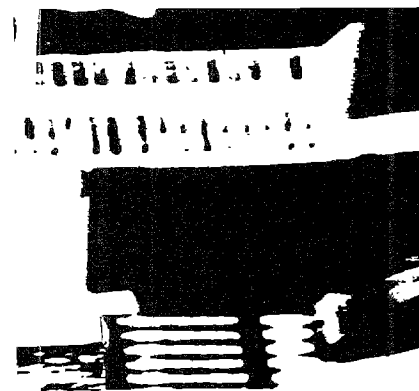
que ce pays, après avoir assuré le leadership en santé ou en hygiène publique parmi les nations occidentales qui s'industrialisent au début du dix-neuvième siècle, ait été relayée par l'Angleterre et son Sanitary Movement, par l'Allemagne, puis par les États-Unis et le Canada dans la deuxième moitié du siècle. En France et en Grande-Bretagne comme aux États-Unis, les hygiénistes ont longtemps débattu des meilleures structures de santé publique, au niveau local comme au niveau national. Beaucoup étaient d'accord pour considérer que des experts, techniciens et professionnels — ingénieurs, architectes, pharmaciens chimistes, médecins hygiénistes — devraient remplacer les comités de citoyens, les représentants du peuple ou les administrateurs (Laberge, 1992 : 299).

L'hygiène publique en France, comme le montre cette première expérience des conseils de salubrité, va privilégier, semble-t-il, une approche technique de génie et police sanitaires centralisée au niveau du département. De nombreux médecins cependant militeront au niveau local en faveur de la santé publique, comme l'attestent les topographies médicales publiées sous forme de thèses ou de monographies.

De plus, dans la tradition des enquêtes inaugurée par Louis-René Villermé, un courant de médecine sociale va se mettre en place, mettant l'accent sur la relation entre pauvreté et maladie, ce qui expliquerait peut-être l'engagement des municipalités en faveur de structures d'assistance municipale plutôt que de bureaux d'hygiène locaux (*ibid.* : 310). Ce n'est cependant qu'une hypothèse, qui mériterait d'être vérifiée au travers des monographies des bureaux municipaux d'hygiène qui s'installent principalement entre 1881 et 1901 (Murard et Zylberman, 1985).

L'expérience française des conseils départementaux d'hygiène publique et de salubrité représente probablement une première opération de transfert du pouvoir de santé publique des autorités municipales à celui d'experts fonctionnaires de l'État. En effet, beaucoup de maires n'ont pas les moyens financiers suffisants ou sont prisonniers de groupes « conservateurs » qui refusent toute taxation en faveur des réformes de santé publique réclamées par les « libéraux » (Laberge, 1992 : 375).

99



Les États-Unis et le modèle nord-américain des services de santé publique en milieu urbain

Jusqu'à maintenant, les principales monographies historiques publiées sous forme de thèses ou dans des revues spécialisées concerneraient principalement les services des grandes villes de l'Est des États-Unis, cela coïncidant d'ailleurs avec la première industrialisation du pays. Rares sont les études qui couvrent l'ensemble du cycle de vie de l'organisation identifiée comme service ou bureau municipal de santé publique. Les chercheurs se sont principalement intéressés au commencement d'une administration municipale de santé publique, faisant débiter celle-ci la plupart du temps par un événement majeur comme le recrutement de

médecins de santé publique engagés sur une base permanente et salariés du gouvernement municipal ou du district, comme à Washington et à New York. Malgré le caractère fragmentaire de ces études, un certain nombre de traits se dégagent de leur méta-analyse, qui permettent d'élaborer un modèle nord-américain de services municipaux de santé publique. Pour John Duffy, c'est la guerre de Sécession qui aurait servi de détonateur au mouvement d'institutionnalisation de la santé publique aux États-Unis : c'est alors qu'apparaît le premier véritable service de santé municipal et que les États commencent à se doter de structures responsables de la santé publique (Duffy, 1990 : 126). Deux monographies permettent de vérifier cette hypothèse⁵.

Newark, l'une des villes les plus insalubres des États-Unis, et son bureau de santé

Un premier bureau de santé fut installé à Newark en 1857, mais il tomba rapidement en désuétude (Galishoff, 1988 : 87). En 1883, les démocrates prennent le pouvoir et une nouvelle organisation de neuf membres est établie l'année suivante, comprenant cinq personnes choisies par le maire et le conseil de ville (dont trois médecins de l'endroit), les trois édiles siégeant déjà au conseil de santé, et le maire lui-même. En 1885, les républi-

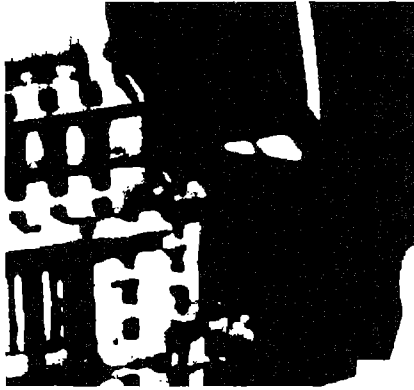
cains reviennent au pouvoir et instaurent à nouveau des pratiques de népotisme qui paralysent l'action du bureau (*ibid.* : 102). Des difficultés financières, jointes à la mauvaise opinion qu'avaient les immigrants et les travailleurs des services offerts, expliquent également son affaiblissement. Lors du recensement de 1890, Newark présente le taux de mortalité générale le plus élevé de toutes les villes américaines de plus de 100 000 habitants (*ibid.* : 103).

Les années 1890 seront marquées par une prise de conscience des conditions sanitaires déplorable provoquées par la croissance rapide et l'industrialisation de la cité. En 1891 une division des maladies contagieuses est créée à l'intérieur du bureau de santé municipal. L'installation d'un laboratoire de bactériologie, en 1895, va servir de stimulant à l'action de santé publique, en particulier dans le domaine des maladies contagieuses comme la diphtérie (Galishoff, 1975 : XIV).

Sous l'impulsion des découvertes bactériologiques, la désinfection va progressivement remplacer l'isolement comme principale mesure de lutte contre les maladies infectieuses. Les anciens désinfectants comme le bioxyde de soufre, qui étaient plutôt des produits de fumigation, sont remplacés par des microbicides puissants et moins coûteux, comme le formaldéhyde (*ibid.* : 34). En 1901 le bureau de santé et le bureau d'éducation entreprennent conjointement la supervision médicale des enfants des écoles publiques (*ibid.* : 33). Au début des années 1910, une série d'enquêtes met en relief la faiblesse principale du bureau : il ne s'appuie pas assez sur les dernières données de la science, l'officier de santé n'est pas un spécialiste en santé publique et il manque d'indépendance par rapport au pouvoir municipal.

En 1915, les médecins à temps partiel sont remplacés par des infirmières et des médecins à plein temps. Un nouvel officier de santé est recruté, détenteur d'un doctorat en santé publique, en plus d'être médecin. Le bureau est restructuré, avec la mise en place de divisions fortes. Le contrôle de la chaîne de lait est renforcé, l'hygiène de l'enfance prend une place prédominante et de nouvelles divisions sont créées : tuberculose, maladies vénériennes et toxicomanies. Un bulletin hebdomadaire voit le jour, visant à informer les médecins, sages-femmes, infirmières et administrateurs d'école sur la situation épidémiologique et les progrès en santé publique (*ibid.* : 39). En 1919, une enquête sur le gouvernement de la ville de Newark réalisée par le bureau de recherche municipale de New York constate des progrès considérables, grâce auxquels Newark figure aux premiers rangs des villes qui protègent la santé publique, mais déplore l'existence d'un trop grand nombre de divisions et leur manque de coordination (*ibid.* : 153).

Les travaux de Stuart Galishoff couvrent la période 1832-1919. L'auteur dégage un certain nombre de leçons qui rejoignent des constatations faites ailleurs. La chambre de commerce locale a, dans l'ensemble, soutenu le bureau de santé chaque fois que ses intérêts n'étaient pas directement mis en jeu. Ce fut le cas lorsqu'il s'est agi d'approvisionner la ville en eau potable et de l'assainir. Par contre, elle s'est opposée à toute intervention sur le milieu du travail, s'est montrée très réticente eu égard à l'hygiène des logements, et s'est peu engagée dans la lutte contre la mortalité infantile (1975 : 159). Les initiatives en santé publique seraient plutôt venues des organisations volontaires locales (*ibid.* : 162)⁶. Souvent ce sont ces dernières, tantôt convergentes avec les autorités locales, tantôt jalouses de



leur autonomie, qui attirent l'attention sur les problèmes de santé les plus criants.

L'origine sociale des membres du bureau de santé les prédispose à n'intervenir que faiblement sur des problèmes dont les solutions auraient remis en cause les intérêts des classes dirigeantes auxquelles ils appartiennent. Le discours professionnel sert même d'alibi; ce n'est que dans le domaine de la lutte contre la mortalité infantile et pour un lait sain qu'apparaît une attitude favorable aux classes populaires (*ibid.*: 163). Des personnalités médicales vont cependant jouer un rôle important dans le développement des réformes de la santé publique, comme le docteur Henry L. Coit, un praticien privé qui milite en faveur d'une amélioration de la chaîne d'approvisionnement du lait, non seulement à Newark mais aussi dans le New Jersey (Miloved, 1942). Le soutien de la société médicale de comté aux autorités sanitaires locales ne sera pas négligeable non plus; ses membres participent à des comités qui appuient les activités du bureau dans certains domaines comme l'éducation sanitaire (Galishoff, 1988: 163).

La ville de Milwaukee et son service de santé, 1867-1973 :

un siècle de succès malgré les oppositions et les embûches

Le premier bureau de santé permanent de Milwaukee est établi en 1867, après les nombreuses tentatives faites lors des menaces d'épidémie de choléra ou de variole. Pour Judith Walzer Leavitt, la théorie miasmatique qui domine la pensée médicale au milieu du dix-neuvième siècle aux États-Unis va permettre la mobilisation des citoyens éclairés en faveur d'un meilleur environnement urbain (Leavitt, 1982: 44). Le bureau est composé de cinq membres qui élisent en leur sein l'officier de santé. Après un retour provisoire, en 1874, à l'ancien comité de santé composé d'échevins, on implante un département de santé publique que dirige un médecin commissaire conseillé par un comité de santé. Cette situation d'autonomie professionnelle n'empêche pas le bureau de dépendre des maires et des échevins; les responsables sont ainsi amenés à développer des habiletés politiques pour contourner les contraintes hiérarchiques, défendre les priorités de santé publique par rapport aux préoccupations d'autres départements (*ibid.*: 47). De 1867 à 1973, quinze officiers de santé se succèdent à la tête du bureau, dont les succès et les échecs vont tenir à leur capacité politique de composer avec les nombreux acteurs qui interviennent dans les principales problématiques de santé publique. Dans les domaines de la vaccination anti-variologique, du contrôle du lait et de la viande ou de l'évacuation des ordures ménagères, la solution des problèmes passe par la mobilisation des autorités municipales, le soutien de l'opinion publique et la négociation avec les groupes de pression. Certains médecins commissaires vont réussir mieux que d'autres, leurs échecs et réussites étant en grande partie conditionnés par une série de facteurs comme le développement des connaissances

et techniques médicales, les intérêts économiques des principaux groupes sociaux, la compétition entre les villes pour « être en santé », les idéologies politiques, la diversité ethnique, la corruption et la prise de conscience de l'inefficacité des services de santé (*ibid.*: 5). L'auteur accorde une place de choix à la prise du pouvoir municipal par les socialistes, en 1910; ceux-ci rejettent la libre entreprise et reconnaissent la responsabilité de la ville en ce qui concerne la santé de ses habitants (*ibid.*: 4).

Dans les dernières années du dix-neuvième siècle, les responsables du bureau de santé abandonnent progressivement la théorie miasmatique et se mettent à diffuser les découvertes de Pasteur et de Koch. Le sérum anti-diphthérique est introduit en 1894 par un médecin privé, puis fourni gratuitement par le bureau de santé. La létalité de la diphthérie passe de 37,8 % en 1894 à 21,5 % en 1896, sous l'effet probable de cette diffusion (*ibid.*: 71). Le premier laboratoire est ouvert en 1893 mais devient réellement opérationnel en 1896 pour contrôler la qualité du lait et de l'eau (*ibid.*: 51). L'analyse bactériologique du lait n'aurait commencé qu'en 1906. L'inspection médicale scolaire pour contrôler la diffusion des maladies contagieuses va débiter temporairement en 1900, mais ne deviendra permanente qu'en 1909, sous la responsabilité d'un bureau d'hygiène scolaire d'abord autonome puis rattaché au bureau de santé, en 1919. Une division de la lutte contre la tuberculose est créée en 1912, en même temps que celle du bien-être de l'enfant. En 1921, la première consultation dentaire est ouverte. En 1926, le département entreprend la première campagne de masse de vaccination contre la diphthérie. À partir de 1930, Milwaukee est considérée par l'APHA (American Public Health Association) comme

ces dernières, que surgit une personnalité à la fois forte et sensible pour les mener à bien à travers les méandres du système et que les divers groupes culturels sont d'accord sur la solution médicale offerte. Bien sûr, ces conditions ne sont jamais réunies ; les réformes se mettent en place à coups d'efforts, à travers les résistances et les réactions favorables (*ibid.* : 241).

Les services de santé municipaux du Canada : conformité au modèle nord-américain ou spécificité ? Le cas de Toronto, 1883-1983

Plusieurs monographies ou articles ont été consacrés à la description et à l'analyse des bureaux de santé installés dans certaines grandes villes du Canada : Toronto, Ottawa, Edmonton et Vancouver, mais aussi Québec (Gaumer, 1995). Il s'agit rarement d'observations de longue durée permettant de saisir l'ensemble du cycle de vie de l'organisation. De plus, l'échantillon de grandes villes est beaucoup plus étroit qu'aux États-Unis. Jusqu'au début du vingtième siècle, deux cités seulement se détachent par leur taille et leur importance comme métropoles des deux Canada : Montréal et Toronto. C'est l'étude consacrée à cette dernière qui nous permettra de dégager un modèle nord-américain des bureaux municipaux d'hygiène, en dépit de spécificités qui tiennent principalement à l'environnement politique immédiat et à la culture locale.

La première ébauche du « Local Board of Health » apparaît en 1834, sous l'impulsion du premier conseil de la ville (MacDougall, 1982). Le bureau est composé d'échevins ; reconduit chaque année, il est chargé de « superviser le contrôle et le traitement des maladies contagieuses, l'amélioration du milieu de vie par un système efficace d'égout et d'élimination des ordures et la protection de la santé des citoyens contre les effets pernicieux du commerce malhonnête » (*ibid.* : 1). Ces

tâches de contrôle et d'enquête sur les nuisances sont confiées à des inspecteurs qui ne sont pas des médecins mais plutôt des supporters politiques ou des « clients » des échevins. En 1869, le conseil décide de transférer les prérogatives du bureau de santé au bureau des travaux publics, mieux équipé, pour éviter tout doublement et répondre à la crise, se conformant ainsi à l'idéologie de non-interventionnisme des gouvernements. En réalité, les épidémies de variole vont faire réapparaître la nécessité d'un inspecteur médical, comme en 1872, mais toujours temporairement. Pour Heather MacDougall, l'impulsion viendra de l'exemple de la Grande-Bretagne et de ses grandes lois sur la santé publique de 1872 et de 1875, ainsi que des expériences menées aux États-Unis, notamment à New York.

Trois facteurs vont favoriser l'implantation de ces réformes au cours des années 1880 : l'expansion économique qui reprend, l'industrialisation de la ville et l'apparition d'un champion de la santé publique : le docteur William Canniff. L'occasion viendra, au cours de l'hiver 1882-1883, d'une initiative fédérale du gouvernement de Sir John A. MacDonald, qui offre aux villes de plus de 10 000 habitants le salaire d'un officier médical à plein temps pour recueillir les « statistiques vitales ». De plus, le gouvernement provincial institue en 1882 le premier « Provincial Board of Health » permanent et adopte des lois comme le « Factory Act » de 1884 et le « Workmen's Compensation Act » de 1887, qui traduisent aussi sa volonté de réforme. La décennie verra aussi proliférer les associations à caractère social vouées à combattre les méfaits de l'industrialisation sauvage. En 1883, William Canniff, premier médecin officier de santé publique permanent, est recruté. Son champ d'intervention est fixé

la ville des États-Unis la plus saine. Dès 1940, la radio est utilisée pour développer des programmes d'éducation sanitaire. En 1947, les rayons X sont utilisés pour le dépistage systématique de la tuberculose.

L'analyse des conditions de la mise en place de ces activités de santé publique amène l'auteur à s'interroger sur les facteurs qui sont à l'origine de toute réforme sanitaire urbaine. Quelles circonstances freinent ou au contraire favorisent son implantation ? Quels sont les acteurs et qu'est-ce qui les motive ? Comment et pourquoi les gouvernements municipaux sont-ils amenés à s'engager dans cette réforme ? Quel est le rôle de certaines personnalités dans sa mise en place ?

À partir de l'exemple de Milwaukee, l'auteur distingue six éléments qui façonneraient toute réforme sanitaire urbaine : les problèmes de santé eux-mêmes et leur acuité, les soins médicaux et les pratiques médicales, les intérêts économiques, les pressions politiques, les actions individuelles, le charisme de certains directeurs de bureau de santé, les groupes socio-économiques et leur participation :

La municipalité se montre d'autant plus disposée à se charger d'un problème de santé que celui-ci est aigu, que la médecine le comprend et est apte à le résoudre, que le monde des affaires a davantage aux réformes proposées, qu'au moins l'un des grands partis politiques soutient

par les amendements de 1884 à la loi provinciale sur la santé publique. Il s'agit du contrôle et de la prévention des maladies infectieuses, de l'inspection des maisons, des écoles et des usines, de la surveillance du lait, de la viande et de la glace, de l'amélioration du système d'alimentation en eau potable et d'évacuation des eaux usées. En 1885, le bureau comprend, outre l'officier médical, un secrétaire, six policiers inspecteurs sanitaires et six employés saisonniers qui travaillent durant l'été (MacDougall, 1988: 85). La mise en place d'un premier bureau de santé permanent à Toronto, si elle bénéficie d'une circonstance favorable liée à l'initiative fédérale de payer un médecin collecteur de statistiques, est portée par tout un courant qui s'alimente à la « British Sanitary Idea » (*ibid.*: 62). Il n'est donc pas surprenant de voir le rôle de l'officier médical élargi à des fonctions qui, en Grande-Bretagne, relèvent de la « Poor Law », en particulier celles d'évaluer les personnes qui relèvent de l'assistance municipale et de donner des soins aux employés de la municipalité (MacDougall, 1990: 17).

Sous la direction de William Canniff, de 1883 à 1890, le bureau établit sa crédibilité en s'appuyant sur la « Toronto Sanitary Association », composée de notables, et en accueillant en 1886 le congrès de l'APHA. Le premier directeur utilise la persuasion pour faire respecter les normes adoptées concernant l'environnement et la lutte contre les maladies contagieuses. Après l'intermède malheureux de Norman Allen, qui sera destitué par le conseil exécutif de la ville pour incompétence, le troisième directeur, Charles Sheard, va, à partir de 1893, engager le département dans une seconde étape, qui s'appuie sur la science bactériologique. C'est lui qui fonde le laboratoire et structure l'hôpital d'isolement. Mal appuyé

par les autorités municipales et lui-même peu enclin à alourdir le fardeau fiscal de ses concitoyens, il négligera les nombreuses initiatives prises par les associations réformatrices de l'époque, comme les gouttes de lait ou les consultations de nourrissons.

Avec Charles Hastings, en 1910, le département va entrer, plus tard que Vancouver ou Providence, dans sa troisième étape d'éducation pour la santé. Hastings va contribuer à transformer l'administration municipale de santé publique en une véritable bureaucratie, composée à partir de 1915 de quinze divisions, dont l'une chargée de combattre la pauvreté, une des premières causes de la maladie selon Hastings (*ibid.*: 27). Réformateur progressiste, celui-ci croyait au pouvoir de l'expert en santé, qui devait rester distinct de celui du politicien local. La bureaucratisation va s'accompagner d'une professionnalisation, qui se manifeste en particulier par la mise en place d'une filière de formation professionnelle comme l'École d'hygiène de l'Université de Toronto. Entre 1910 et 1929, l'effectif du département passe de 70 à 500 personnes. Mais le principal changement réside dans la transition du militantisme au détachement professionnel (*ibid.*: 32). Sous la direction de Gordon Park Jackson, de 1929 à 1951, le département va traverser plusieurs crises internes, dont un conflit sérieux entre médecins et infirmières, et surtout il vivra difficilement les réductions de budget des années 1930 et de la Deuxième Guerre mondiale.

Après celle-ci, un courant international se manifeste en faveur d'une intégration de la médecine préventive et de la médecine curative, principalement en Grande-Bretagne, où un Service national de santé est mis en place en 1948, mais aussi aux États-Unis, où l'APHA et l'American Hospital

Association prônent cette intégration (*ibid.*: 38). Avec Léon Péquignat, de 1951 à 1958, le département expérimente dans un district de nouvelles activités comme les soins aux personnes âgées, et évalue les anciennes, en particulier l'efficacité de l'inspection médicale scolaire.

Sous l'administration de A. R. J. Boyd, entre 1958 et 1971, l'organisation traditionnelle de la santé publique est remise en cause, non seulement au niveau fédéral, par le rapport de la Commission Hall, mais aussi par différents groupes de pression actifs au niveau de la ville, qui contestent l'expertise médicale. George Moss devra résister à plusieurs tentatives de centralisation des services de santé municipaux, en particulier lors de l'instauration du programme d'assurance sociale en 1972 (*ibid.*: 49). La réponse à cela sera la mise en place, au début des années 1980, d'une nouvelle structure décentralisée répondant à la Communauté urbaine de Toronto et le changement radical de la culture de l'organisation, qui entre dans sa quatrième étape de promotion de la santé.



Conclusion

De cette confrontation d'études sur les bureaux municipaux d'hygiène ou de santé publique des États-Unis et du Canada se dégagent des tendances communes dans

le processus de mise en place et de développement de ces organisations. La prise en charge des problèmes de santé par le pouvoir municipal se fait en trois phases (quatre pour Toronto).

La première étape, qui couvre la deuxième moitié du dix-neuvième siècle, se déroule selon un rythme propre à chaque ville, conditionné probablement par son entrée dans le processus d'industrialisation-urbanisation; elle est fortement marquée par le mouvement de la « Sanitary Idea », illustré par Chadwick et reposant essentiellement sur la doctrine miasmatique ou anti-contagionniste. Parmi les facteurs culturels qui ont contribué à l'émergence de cette santé publique urbaine durant la seconde moitié du dix-neuvième siècle, il faut accorder une place importante à la prise de conscience progressive du rôle majeur de l'environnement dans l'apparition de la maladie et de la pauvreté, auparavant imputées au péché et à l'immoralité (Duffy, 1990: 128). La première activité confiée aux bureaux municipaux de santé publique sera souvent la compilation de données sur les naissances, la maladie et la mortalité. La nomination d'un officier médical salarié sur une base permanente constitue l'acte de naissance officiel de ces nouvelles organisations, celui qui est le plus souvent retenu par les chercheurs. Les activités réalisées par les premiers inspec-

teurs sanitaires et les premiers officiers médicaux s'organisent autour de la chasse aux nuisances, d'abord dans les rues et les espaces publics, puis progressivement dans les maisons privées et les édifices communs. Souvent implantés, surtout dans les villes portuaires, pour contrer l'importation de maladies contagieuses comme le choléra, le typhus et la variole, les bureaux municipaux de santé ne vont pas attendre l'ère bactériologique pour s'attaquer à la problématique des épidémies et de la diffusion des maladies dites zymotiques. Vaccination anti-variologique, isolement obligatoire et quarantaine, placardage des maisons et déclaration obligatoire des cas, désinfection des objets et de l'environnement, construction d'hôpitaux pour contagieux, tout cet arsenal de lutte sera mis en place avant la découverte des microbes.

L'adoption de la théorie de la contagion microbienne permettra, cependant, de cibler les actions et d'en améliorer la qualité. Dans toutes les villes étudiées, des laboratoires de santé publique vont être mis en place selon une chronologie plus ou moins rapide. Ils vont appuyer les inspecteurs des aliments dans leur croisade pour la propreté du lait, mais aussi les médecins chargés d'enquêter sur les cas de diphtérie et de fièvre typhoïde. Ils vont guider aussi les premiers essais de sérothérapie puis de vaccination anti-diphtérique.

La troisième étape du développement de la santé publique en milieu urbain va être marquée, entre les deux guerres mondiales, par l'apparition du courant d'éducation sanitaire et par celle de la médecine préventive, mettant l'accent sur le dépistage précoce et sur la prévention par l'hygiène individuelle et la vaccination. Des campagnes vont être entreprises pour lutter contre la mortalité infantile et la tuberculose, les maladies véné-

riennes et, plus tardivement, les problèmes dentaires et d'hygiène mentale.

Pour les services plus longuement étudiés, comme celui de Toronto, une quatrième étape paraît se mettre en place durant les années 1960-1970. Dès 1967, le gouvernement provincial ontarien envisage la fusion des services de santé municipaux et propose aux municipalités de financer 75 % du budget sur le modèle des unités sanitaires de comté, afin de coordonner les activités de santé publique dispersées entre plusieurs agences. En 1972 et en 1974, de nouvelles tentatives du pouvoir provincial pour régionaliser tous les services de santé autour d'un « District Council of Health » sont rejetées par Toronto en faveur du maintien du pouvoir municipal de direction des services de santé (MacDougall, 1990: 49). En 1976, le ministre provincial de la santé change d'attitude; par l'intermédiaire de sa division de la promotion de la santé, il reconnaît le rôle central des municipalités dans la mise en œuvre des programmes de santé publique. Cette reconnaissance, ainsi que des circonstances favorables comme la mobilisation des citoyens autour des problèmes environnementaux, va être à l'origine du maintien et de la restructuration du service de santé de la ville de Toronto en unités géographiques fortement décentralisées appuyées par une unité centrale diffusant les nouveaux savoirs et les nouvelles pratiques de santé publique.

Cette double approche diachronique et synchronique des services municipaux de santé publique au Canada et aux États-Unis soulève une interrogation plus générale sur le cheminement des découvertes en santé publique, qu'il s'agisse des savoirs ou des pratiques. Trois mécanismes (hypothétiques, tirés de Dumézil, 1992) pourraient être invoqués pour expliquer la mise en

place et le développement quasi simultanés de ces services. A-t-on affaire à une même réponse « naturellement nécessaire » à un problème identique, celui de la détérioration de l'état de santé de populations victimes d'une industrialisation-urbanisation sauvage, réponse imaginée de manière tout à fait autonome par chacune des sociétés étudiées ? Ou a-t-on assisté à la diffusion des innovations (telles les nouvelles interventions en santé publique en milieu urbain industrialisé) le long d'une trajectoire allant de pays « inventeurs » à pays « emprunteurs » ? L'analyse chronologique des organisations mises en place et le calendrier d'implantation des activités de santé publique plaident en faveur de cette seconde hypothèse, tandis que les concordances relevées en ce qui concerne les commencements des administrations municipales de santé publique éliminent la troisième hypothèse de transmission faisant intervenir le hasard. La plupart des bureaux de santé municipaux d'Amérique du Nord apparaissent progressivement durant la dernière moitié du dix-neuvième siècle, et ils n'inventent pas, mais intègrent peu à peu les découvertes médicales et les expériences de santé publique qui naissent dans l'ensemble du monde industrialisé de l'époque, en particulier en Grande-Bretagne à travers le « Sanitary Reform Movement ». De même, dans le dernier quart du dix-neuvième siècle, les découvertes bactériologiques de Pasteur et de Koch entrent, sous forme de médecine préventive, dans les pratiques de santé publique des pays européens les plus avancés, notamment l'Allemagne. Ces méthodes ont probablement été importées en Amérique du Nord par des médecins formés en Allemagne, en France et en Angleterre. D'autres caractères que l'on décèle dans l'instauration de ce nouveau cou-

rant de santé publique paraissent se retrouver dans toutes les expériences de l'époque. Des médecins vont jouer un rôle majeur dans ce mouvement. Ils sont souvent à l'origine de la prise de conscience par leur travail au sein des associations locales de santé publique et des sociétés médicales (Duffy, 1990 : 134).

L'émergence de la profession d'hygiéniste, formée de médecins mais aussi d'infirmières, d'ingénieurs sanitaires et de vétérinaires, contribua puissamment à la mise en place de structures urbaines et rurales de santé publique nettement séparées de la médecine de soins. Cette professionnalisation des services de santé municipaux se met en place dans les deux dernières décennies du dix-neuvième siècle, précédant le mouvement réformiste, qui va transformer les pratiques administratives des grandes villes américaines en autonomisant progressivement un corps d'administrateurs par rapport aux politiciens (*ibid.* : 130). De plus, le développement des services de santé publique des grandes villes ne profita pas seulement aux populations immédiatement visées puisque les efforts des autorités sanitaires municipales pour contrôler la qualité de l'approvisionnement en lait et en eau ont porté fruit dans des régions très éloignées des grandes villes (*ibid.* : 128).

Bien souvent, ces services ont été les premiers à identifier les problèmes de santé publique ; ils ont trouvé des solutions techniques et se sont retirés dès que d'autres départements étaient à même de prendre le relais. Cela s'est produit notamment pour l'approvisionnement et le contrôle de l'eau potable et la construction d'égouts (*ibid.* : 128). Bénéficiant du soutien des élites de la société, le courant d'hygiène publique s'est développé dans la plupart des pays industrialisés selon une chrono-

logie très proche, mais avec des modalités différentes : on peut parler ici de processus commun se déroulant dans des conditions locales particulières liées aux jeux de pouvoir des acteurs (Rollet, 1993).

La genèse et le développement des pratiques de santé publique en milieu urbain ne peuvent être analysés isolément. Le mouvement d'institutionnalisation des activités de santé publique dans les grandes villes nord-américaines précède, accompagne ou suit la mise en place de bureaux de santé (ou de conseils d'hygiène, comme au Québec) dans la plupart des États et des provinces du sous-continent (cela serait cependant à vérifier pour le Mexique). Cette intervention des États ou provinces serait née de la prise de conscience des limites d'une intervention purement locale et municipale sur les problèmes de santé, en particulier lorsqu'il fallait lutter contre les « grandes » maladies contagieuses comme la fièvre jaune, le choléra et la variole (Duffy, 1990 : 148). En Amérique du Nord, l'« American Public Health Association » va jouer un rôle majeur dans la promotion de cette double intervention municipale et provinciale ou étatique (Cavins, 1943 : 423).

Benoît Gaumer
Faculté de médecine
Université de Montréal

Bibliographie

- ASHTON, J., et J. UBIDO. 1991. « The Healthy City and the Ecological Idea », *Social History of Medicine*, 4, 1, avril : 173-180.
- BOURDELAIS, P., et J. Y. RAULOT. 1987. *Une peur bleue. Histoire du choléra en France, 1832-1854*. Paris, Payot.
- CARTWRIGHT, F. F. 1977. *A Social History of Medicine*. Londres et New York, Longman.
- CAVINS, H. M. 1943. « The National Quarantine and Sanitary Conventions of 1857 to

Les services de santé publique des villes nord-américaines : une longue tradition d'engagement municipal

- 1860 and the Beginnings of the A.P.H.A. », *Bull. Hist. Med.*, 1, 13.
- DUFFY, J. 1990. *The Sanitarians. A History of American Public Health*. Urbana et Chicago, University of Illinois Press.
- DUMÉZIL, G. 1992. *Mythes et dieux des Indo-Européens*. Paris, Flammarion, Coll. Champs.
- DUPÂQUIER, J. 1990. « La surmortalité urbaine », *Annales de démographie historique* : 7-11.
- FAURE, Olivier. 1993. *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*. Paris, Belin.
- GALISHOFF, S. 1975. *Safeguarding the Public Health, Newark 1895-1918*. Westport, Connecticut, Greenwood Press.
- GALISHOFF, S. 1988. *Newark, The Nation's Unhealthiest City. 1832-1895*. New Brunswick et Londres : Rutgers University Press.
- GARRARD, J. 1986. « Gouvernement local, politique locale et santé publique dans les villes anglaises au XIX^e siècle », dans *Ville et santé en Grande-Bretagne. XVIII^e siècle-XX^e siècle*. Actes du colloque de Clermont-Ferrand, 17-18 janvier.
- GAUMER, B. 1995. Cahier no 9502, Université de Montréal, Doctorat en Sciences humaines appliquées, février.
- GOUBERT, J.-P. 1989. « L'eau, la crise et le remède dans l'ancien et le nouveau monde (1840-1900) », *Annales E.S.C.*, 44, 5, septembre-octobre : 1075-1089.
- HILDEISHEIMER, F. 1980. *Le Bureau de santé de Marseille sous l'Ancien Régime. Le renforcement de la contagion*. Marseille, Fédération historique de Provence.
- LABERGE, A. F. 1992. *Mission and Method. The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement*. Cambridge University Press.
- LAMBERT, R. L. 1963. *Sir John Simon 1816-1904 and English Social Administration*. Londres, MacGibbon and Kee.
- LEAVITT, J. W. 1982. *The Healthiest City, Milwaukee and the Politics of Health Reform*. Princeton, Princeton University Press.
- MACDOUGALL, H. 1981. « Epidemics and the Environment : The Early Development of Public Health Activity in Toronto, 1832-1872 », dans R. A. JARRELL et A. E. ROOS, éd. *Problèmes sociaux de l'histoire de la science, de la technologie et de la médecine au Canada*. Deuxième conférence de l'histoire de la science, de la technologie et de la médecine au Canada, Kingston : 135-151.
- MACDOUGALL, H. 1982. *Health in Wealth. The Development of Public Health Activity in Toronto 1834-1890*. University of Toronto, thèse de Ph.D.
- MACDOUGALL, H. 1988. « Public Health and the Sanitary Idea in Toronto 1866-1890 », dans W. MITCHINSON et J. P. MCGINNIS, éd. *Essays in the History of Canadian Medicine*. Toronto, McLelland and Stewart : 67-87.
- MACDOUGALL, H. 1990. *Activists and Advocates. Toronto's Health Department 1883-1983*. Toronto et Oxford, Dundurn Press.
- MILOVED, M. V. 1942. « Henry Leber Coit : A Biographical Sketch », *Bulletin of the History of Medicine*, XII, 2 : 369-376.
- MURARD, L., et P. ZYLBERMAN. 1985. « La raison de l'esprit ou l'hygiène comme science sociale appliquée », *Archives européennes de sociologie*, 16, 1 : 58-89.
- NUTTON, V. 1981. « Continuity or Rediscovery : The City Physician in Classical Antiquity and Medieval Italy », dans A. W. RUSSEL, éd. *The Town and State Physician in Europe from the Middle Ages to the Enlightenment*. Wolgenbüttel, West Germany, Herzog August Bibliothek.
- PATERSON, R. G. 1948. « The Health and Towns Associations in Great Britain 1844-1849 », *Bull. Hist. Med.*, 22, 4, juillet-août : 373-399.
- ROLLET, C. 1993. « La lutte contre la mortalité infantile dans le passé. Essai de comparaison internationale », *Santé publique*, 5, 2 : 4-20.
- ROSEN. 1958. *A History of Public Health*. New York, M.D. Publications.
- une analyse plus approfondie, voir Nutton, 1981.
- ² Pour les conseils de salubrité, voir principalement Laberge, 1992. Le premier bureau municipal d'hygiène avait été créé en 1819 par la ville du Havre. Voir à ce sujet Murard et Zylberman, 1985.
- ³ *Ibid.* : 127 et 129. Ces conseils de salubrité prépareront la place des futurs conseils d'hygiène publique et de salubrité lors de la réforme sanitaire de 1848, au niveau du département mais aussi de chaque arrondissement.
- ⁴ C'est également l'opinion de Faure (1993), qui consacre quelques pages à ces « bureaux d'hygiène de la deuxième génération ». Lettre personnelle adressée à l'auteur le 18-02-94.
- ⁵ Pour une analyse plus complète des études sur les services municipaux de santé des grandes villes des États-Unis, voir Gaumer, 1995.
- ⁶ Galishoff cite, parmi ces organisations, The Essex County Medical Milk Commission, The Newark Antituberculosis Association.

Notes

¹ La plupart des traités d'histoire de la médecine font référence à ces formes d'intervention de l'État dans le domaine socio-sanitaire, mais souvent furtivement. Pour