G14
ANO
OPP
S2A1
R366/
1939
BNQ

MINISTERE DE LA SANTE

RAPPORT

DU

COMITE DE SANTE PUBLIQUE

DE LA

CITE DE QUEBEC

1938 - 1939

Imprimé par
METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY
DIRECTION GÉNÉRALE AU CANADA

614
ANO

MINISTERE DE LA SANTE

RAPPORT

DU

COMITE DE SANTE PUBLIQUE

DE LA

CITE DE QUEBEC

1938 - 1939

COMITE

Président
Emile Nadeau, M.D., D.H.P.

Secrétaire
A.-Roger Foley, M.D., Dr P.H.

Autres membres
Edgar Couillard, M.D., D.H.P.
Paul Parrot, M.D., D.H.P.
Joseph deVarennes, M.D., D.H.P.

Imprimé par
METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY
DIRECTION GÉNÉRALE AU CANADA

SCOLASTICAT-ÉCOLE NORMALE
2360 CH. STE-FOY
QUEBEC, P.Q.

Rapport du Comite de Sante Publique de la Cite de Quebec

TABLE DES MATIERES

Lettre de présentation du Rapport, au Ministre, au Maire et aux échevins

CHAPITRE I 7
Résumé historique de l'hygiène publique à Québec.

CHAPITRE II 11
Considérations générales sur l'organisation du Département de la Santé publique (avril 1938)—Locaux, personnel, compétence.

CHAPITRE III 15
Bilan vital Cité de Québec 1926 à 1937.—Comparaison avec villes de population identique Hamilton et Ottawa.—Aussi Toronto et Montréal.

CHAPITRE IV 22
Laboratoires: Chimie et bactériologie. — Organisation, local. — Personnel — Compétence—Equipement—Activités.

CHAPITRE V 27
Epidémiologie—Contrôle des maladies contagieuses. Loi et règlements.—Rôle de la Profession médicale. Devoirs des chefs de famille.—Hôpital civique.—Projet de réorganisation—Problème de la désinfection—Epidémie de diphtérie.—Immunisation.—Problème de la tuberculose.—Maladies vénériennes.

CHAPITRE VI 32
Hygiène maternelle et de l'enfance: L'Assistance Maternelle. Cliniques prénatales.—La Goutte de lait.—Cliniques de puériculture.—Hygiène préscolaire.—Vaccination.—Immunisation.—Hygiène scolaire.—Inspection médicale scolaire.—Système existant à Montréal. Ecoles enfants infirmes.—Terrains de Jeux.—Hygiène mentale.—Hygiène dentaire.

CHAPITRE VII 40
Sanitation: (a) *Contrôle du lait.*
(b) *Contrôle de l'eau de boisson*: Glace.—Piscines de natation des terrains de jeux.—Séminaire.—Palais Montcalm.—Y.M.C.A.—Y.W.C.A.—Winter Club.—Plage Anse-au-Foulon.
(c) *Contrôle de la viande*: Entrepôts frigorifiques.—Abattoirs.—Etaux particuliers.—Marchés.—Nécessité d'un marché public moderne.—Qualité des viandes.—Propreté.—Sous-produits, etc.
(d) *Sanitation générale*: Egouts, puisards, fosses septiques, propreté des rues, ruelles, places publiques.—Enlèvement des déchets.—Disposition.—Incinérateur.—Boulangeries, sucreries, pâtisseries, hôtels, restaurants, salles à manger, tavernes.

CHAPITRE VIII 57
Habitation et urbanisme.

CHAPITRE IX 62
Plan de réorganisation du Département.

CHAPITRE X 68
Budget proposé pour 1939-40.

CHAPITRE XI 87
Recommandations et considérations finales.

Québec, le 31 mars, 1939.

A l'Honorable Ministre de la Santé,
A Son Honneur le Maire et à messieurs les échevins
de la Cité de Québec.

Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous présenter le rapport de l'enquête au sujet de l'état actuel de la santé publique à Québec, faite par notre Comité, conformément à l'article huit de la Loi de l'Hygiène publique de Québec.

Une enquête absolument complète aurait nécessité un travail beaucoup plus long et une dépense assez considérable pour obtenir et classifier tous les faits et chiffres nécessaires.

Cependant, nous croyons que ce rapport sera suffisant pour donner une idée assez exacte de la situation et permettre aux autorités municipales de prendre les décisions qui devraient faire suite aux recommandations que nous avons cru devoir faire, en toute sincérité et dans l'intérêt de la population.

Nous désirons vous remercier pour la confiance que vous nous avez témoignée en nous chargeant de cet intéressant travail et nous osons espérer qu'il portera des fruits.

Veuillez bien nous croire,

Vos tout dévoués,

le président,
Emile Nadeau

le secrétaire,
A.-Roger Foley

les autres membres du Comité:

Jos. de Varennes, D.H.P.
Edgar Couillard, M.D.
Paul Parrot, M.D.

CHAPITRE I

Résumé historique de l'Hygiène publique à Québec

Fondée en 1608, la ville de Québec devint la capitale de la colonie lorsque Champlain devint "Lieutenant-Général de la Nouvelle France, en 1612".

Depuis le début jusqu'à 1760, c'est-à-dire sous le régime français, l'hygiène n'a pas été ignorée dans l'administration civile d'alors, comme en font foi les diverses ordonnances qui, si elles s'étendaient à toute la colonie, étaient surtout mises en application dans la capitale d'où elles émanaient. Votre ville fut donc le berceau de l'hygiène publique dans la Province.

Les "ordonnances" de cette période se rapportaient à la qualité du pain, concernaient les abattoirs, les porcheries, les latrines, la destruction des vidanges, la propreté des rues, etc.

Trois mesures vraiment remarquables par leur valeur intrinsèque égale, dès ce temps lointain, à tout ce qui s'est fait jusqu'à nos jours concernant les questions de même ordre, méritent notre attention:

En 1667, le roi Louis XIV émit une "ordonnance" en vertu de laquelle les registres des naissances, des mariages et des décès, tenus depuis le début de la colonie par le clergé, devaient à compter de ce jour, être faits en double, une copie demeurant entre les mains du curé de la paroisse, l'autre copie devant être transmise au "juge royal". Ce mode d'enregistrement est encore aujourd'hui celui qui est fait dans la ville, comme aussi dans toute la Province de Québec. Il fait partie actuellement de notre code civil.

En 1706, le "Conseil supérieur de la Nouvelle-France" a adopté des règlements concernant tout particulièrement l'approvisionnement de la viande de boucherie: Lorsqu'ils se proposent d'abattre des animaux, les bouchers doivent avertir le "Procureur du Roi" ou son délégué, du moment de l'abattage, afin qu'il soit présent et puisse vérifier la qualité de la viande. Afin de pouvoir apporter de la viande à la ville, les cultivateurs sont requis d'avoir en main et de présenter au Procureur du Roi, un certificat provenant du juge de l'endroit, s'il y en a un dans la localité, sinon du *seigneur,* du *curé* ou de l'officier de milice, établissant que l'animal n'était pas "*malade,* qu'il n'était pas *mort par immersion,* et qu'il n'avait pas été *empoisonné*". A la suite de quoi le Procureur du Roi émettait le permis de vente. Après plus de deux siècles, il est permis de se demander si nous faisons mieux actuellement avec l'inspection et l'estampillage de la viande tel qu'on le fait dans certaines parties du Canada.

En 1748, une "ordonnance" de l'Intendant Hocquart rappelle la décision du Roi concernant les "enfants trouvés": Ceux-ci doivent être nourris et élevés aux frais du pays, et comme la mortalité avait été considérable depuis quelque temps parmi les nourrissons, ordre était donné au *Procureur du Roi* de porter une attention spéciale au choix des nourrices qui recevaient *4 à 5 livres* pour les premiers trois mois et par la suite 10 livres par mois jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 18 mois. Les nour-

rissons ayant atteint l'âge de 18 mois, le Procureur du Roi devait les placer dans de bonnes familles jusqu'à l'âge de 17 ou 20 ans. Cette ordonnance concernant les enfants trouvés marque l'aurore de l'hygiène sociale dans la ville de Québec.

Il faut admettre, que sous le régime français, le peu qui fut fait pour combattre la propagation des maladies contagieuses, le fut par les autorités gouvernementales civiles et militaires de la colonie. Néanmoins la Ville de Québec se doit de ne jamais oublier les services que sa population a reçu des *religieuses hospitalières* dans leurs deux hôpitaux: l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital-Général.

Sous le régime anglais, l'administration de l'hygiène de la ville, confondue d'abord avec celle de l'administration militaire et maritime de la colonie, s'en sépare peu à peu et prend définitivement corps vers 1833.

Le premier hôpital pour l'isolement des malades contagieux fut établi en 1830, à la Pointe-Lévis (Art 10—II Geo. IV, ch. 18). Or en vertu de l'Acte I, William IV, chap. 25, ce même hôpital situé à la Pointe-Lévis recevait aussi bien tous les cas contagieux survenant dans la ville de Québec.

Cet hôpital excepté, aucune organisation sanitaire permanente n'existait dans la ville de Québec. On faisait face aux circonstances défavorables chaque fois qu'elles se présentaient, par des organismes locaux toujours temporaires, dont l'activité était trop souvent tardive, les épidémies évoluant depuis longtemps déjà.

Plusieurs épidémies de *variole* se succèdent entre 1766 et 1821, et c'est en 1821 qu'en vertu de 24 Victoria, chap. 24, la ville de Québec est requise de nommer des vaccinateurs et de vacciner gratuitement les indigents.

Même après l'introduction du vaccin, d'autres épidémies généralisées à toute la Province (de 1842 à 1854, et de 1870 à 1880) produisirent aussi des ravages dans notre ville. Les "objecteurs de conscience" et les antivaccinateurs étaient alors très nombreux. Cependant, il est universellement reconnu aujourd'hui que c'est par la vaccination antivariolique que la médecine a tué la variole, totalement disparue de notre ville depuis plusieurs années.

Le *choléra*, importé d'Angleterre et d'Irlande par les nombreux immigrants en 1832, se propage dans la ville: 62% des malades meurent, avec un total de 2800 décès. Deux ans plus tard, nouvelle épidémie de *choléra* avec 1052 décès.

En 1851, un malade venant cette fois des Etats-Unis, apporte le choléra à Québec: 249 décès se produisent dans la ville et ses environs. L'année suivante, c'est un bateau venant de New-York qui cette fois apporte le choléra: 145 mortalités sont enregistrées dans la ville et le voisinage.

Deux ans plus tard, 724 personnes meurent du choléra dans la ville.

En 1847, une grande épidémie de *typhus* résulte de l'immigration intense à cette époque: 8,070 immigrants meurent à la Grosse-Ile et dans la ville de Québec.

Ce ne fut qu'au moment de l'organisation du premier conseil municipal que l'on songea à la création d'un "Comité de Santé" d'abord, puis d'un "*Bureau de Santé*". La ville avait 232 ans lorsque l'administration lui

donna un Comité de Santé, et 240 ans lorsque ce dernier obtint la création du *"Bureau de Santé"* qui existe encore actuellement.

Grâce aux archives municipales, conservées et classées à l'Hôtel-de-Ville depuis 1922, nous avons pu établir l'historique qui suit au sujet de l'existence d'un bureau de santé relevant de l'administration *civique ou municipale*.

Vers 1800 jusqu'à 1832, la ville de Québec était régie par les Juges de Paix; durant cette période il n'est pas fait mention d'un Comité de Santé. En 1833, le premier conseil municipal est organisé légalement. C'est alors qu'apparaît dans les "Procès-verbaux des délibérations du Board of Health" (sic), conservés dans nos archives, le premier procès-verbal et il porte la date du 19 juin 1832. Etaient présents à cette réunion, l'Hon. J.-B. Duchesnay, Président, et messieurs Langevin, le révérend Mr. Lang, M. Voyer et le révérend Mr. Clugston, membres du bureau.

Le conseil municipal forme un "Comité sanitaire le 6 mai, 1833, et de même en 1834 et 1835."

Ici se présente une interruption: De 1836 à 1840 la ville n'a pas, semble-t-il, de conseil municipal, mais retourne au régime d'un Juge de Paix qui préside aux affaires municipales "Under the Road and Police Act". Durant cette période, il n'est fait mention ni de comité; ni de bureau de santé; il n'y a que deux comités: celui de la police et celui des chemins.

En décembre 1840, le Conseil municipal rétabli, forme un "Comité de Santé" pour l'année 1841, et ainsi de suite tous les ans jusqu'en 1848. Ce "Comité" est le plus ancien comité *permanent* de santé (1840) qui ait été établi dans toute la Province (Trois-Rivières, 1866; Montréal, 1875).

Le 15 décembre 1848, le conseil établit le premier *"Bureau de Santé"* et à sa séance du 8 juin 1849, il nomme le premier officier de santé. Le bureau de santé de la ville est donc âgé actuellement (1938) de quatre-vingt-dix ans.

Voici les extraits des procès-verbaux du Conseil de la Cité de Québec, tels qu'ils apparaissent dans les archives: "Séance du 15 décembre, 1848:"

"RESOLU, que les messieurs suivants composent avec le Comité de Santé de ce Conseil le Bureau de Santé de cette cité, savoir:

Docteur Morrin, Dr Nault, Captain Boxer, Sheriff Sewell, Joseph Légaré junior et F.-X. Paradis, écuyers."

"Séance du 8 juin 1849: RESOLU, qu'il est indispensable de nommer immédiatement un "Officier de Santé" pour faire mettre à exécution les Ordres et Règlements qui doivent être adoptés pour la propreté et la salubrité de la ville; et connaissant l'activité et l'expérience de Robert Symes, Ecuyer, il soit nommé Inspecteur Sanitaire de cette ville pour agir sous les ordres du Bureau de Santé et qu'il lui soit ordonné d'entrer immédiatement en fonctions".—

RESOLU, qu'il soit alloué dix shillings par jour à M. Symes, comme officier de santé.

RESOLU, que l'un des sergents de police soit nommé Assistant Officier de Santé pour aider à M. Symes à remplir ses devoirs, et que Son Honneur, le Maire nomme par commission M. Symes, Officier de Santé et l'un des sergents qu'il choisira Assistant Officier de Santé".

De 1849 à 1873, le Conseil municipal forme, chaque année, un Comité de Santé. Le 20 avril 1855, le Comité de Santé nomme le Sergent Baker Inspecteur d'Hygiène.

Il n'apparaît pas que le président du Comité fut toujours un médecin, mais parmi ceux-ci nous relevons les noms des médecins qui occupèrent la présidence: En 1856-57, M. le Dr Rousseau; 1858-59, le Dr Fitzgerald; en 1860-61, le Dr Rousseau; 1862, le Dr Marsden; en 1863, le Dr Roy qui occupa la présidence sans interruption jusqu'en 1866. Puis en 1869, le Dr F.-C. Blanchet; enfin en 1872, le Dr Rinfret.

De 1872 à 1883, le Conseil municipal, immédiatement après chaque élection municipale, c'est-à-dire tous les deux ans, forme le Comité de Santé.

Le 25 mai 1883, parmi ses appropriations générales de l'année, le Conseil vote un montant de $500.00 pour le département de Santé. Il semble que ce soit le début d'un budget spécial annuel pour les fins de la santé;

Le 25 janvier 1884, le bureau local de santé soumet son 92e rapport au Conseil, et celui-ci nomme enfin "un Officier de Santé d'une manière permanente". Voici la copie d'un extrait des procès-verbaux des délibérations du Conseil de la Cité de Québec, en date du 25 janvier 1884."

RESOLU:—Qu'en vertu de l'Acte Fédéral 42 Vict. Chap. 21, intitulé "Acte concernant le recensement et les statistiques," ce conseil constitue par ces présentes un bureau local de santé pour la Cité de Québec et nomme *un Officier de Santé salarié qui sera attaché d'une manière permanente* au dit bureau.

Que le dit bureau soit composé du Comité de Santé de ce Conseil, plus de deux personnes étrangères à ce Conseil, et que les Docteurs F.-E. Roy et W. Marsden, le premier président et l'autre membre de l'Association sanitaire, de la Province de Québec, soient nommés membres du dit bureau de Santé, et, pour éviter le paiement d'un salaire, que le Dr Morin, déjà un officier salarié du Comité de Santé, *soit nommé l'officier permanent* du dit bureau de Santé, sans autre salaire que celui qu'il reçoit du Comité de Santé et que les Docteurs Alleyn et Ahern soient nommés membres du dit bureau de Santé (Archives de la Cité de Québec).

Après quarante-quatre années d'existence le Bureau de Santé de la ville possédait enfin son directeur médical permanent. Voici les noms des médecins qui remplirent cette fonction jusqu'à nos jours:

En 1884 M. le Docteur Ed. Morin,
En 1889 M. le Docteur L. M. Larue,
En 1891 M. le Docteur L. Catellier,
En 1913 M. le Docteur C. R. Paquin,
En 1923 M. le Docteur Jos. Gosselin,
En 1927 M. le Docteur V. Martin,
En 1938 (M. le Docteur E. Nadeau,
En 1938 (M. le Docteur B. Paquet.

CHAPITRE II

Considérations générales sur l'organisation du Département de la Santé publique (avril 1938)

Au début de son travail, notre Comité a d'abord fait une étude générale de l'organisation du Département de la Santé publique de la Cité de Québec.

Désignation officielle:

En consultant les premières pages du dernier rapport annuel publié (1936-7), nous avons constaté en premier lieu une anomalie quant à la désignation officielle de l'organisme municipal chargé du soin de la santé publique. La première page indique qu'il s'agit d'un Service municipal d'Hygiène; la deuxième, un Service de Santé et la troisième, un Département d'Hygiène dans lequel il y a non seulement des Divisions, mais des Services, y compris le Département du Service de l'inspection du lait.

Pour le public, un tel mélange porte à la confusion et comme les autres organismes municipaux sont désignés sous le nom de Départements, tels que Département des Travaux publics, de l'Aqueduc, du Feu, etc., il nous semble logique d'adopter le nom officiel de Département de la Santé publique, comprenant un certain nombre de Divisions, susceptibles d'être augmenté selon les besoins futurs, ainsi que des Sections pour les Divisions les plus importantes. Ceci est d'ailleurs conforme à la pratique suivie ailleurs pour des organismes semblables: v.g. Department of Public Health, City of Toronto; Department of Public Health, City of New York, etc.

Bureaux:

Une autre anomalie, qui est la cause d'inconvénients plus graves provient de la localisation des quelques pièces mises à la disposition du Département. Il semble évident que le Département de la Santé publique a toujours été le parent pauvre à l'Hôtel-de-Ville et le dernier pourvu, ce qui semble illogique vu que ce Département devrait être le modèle et donner le ton quant à l'aménagement, la propreté générale, l'éclairage et la ventilation.

Pour le bureau général et ceux des médecins hygiénistes, il y a, au deuxième étage, trois pièces trop petites, mal éclairées, mal ventilées et plus ou moins propres, ce qui embarrasse beaucoup les chefs lorsqu'ils doivent prêcher à la population les bienfaits de la ventilation, du soleil et de la propreté et surtout lorsqu'ils doivent recevoir des hygiénistes étrangers.

Au troisième, la clinique dentaire et surtout les laboratoires sont bien aménagés, sans être trop vastes, mais ils sont situés loin des bureaux des

hygiénistes, de sorte que ceux-ci peuvent difficilement y exercer le contrôle désirable et suivre régulièrement le travail qui s'y exécute. Ceci s'applique également aux bureaux de la Section du contrôle du lait, situés sous les toits et manquant aussi d'espace, d'éclairage et de ventilation. De plus, un grand nombre des employés du service extérieur n'ont aucun pied-à-terre au Département, faute d'espace, ce qui présente un grave inconvénient au point de vue du contrôle des activités et de la discipline.

Il nous semble nécessaire d'indiquer ici l'état d'insalubrité qui existe à plusieurs endroits de l'ancienne partie de l'Hôtel-de-Ville. A ce sujet, plusieurs citoyens nous ont fait la remarque, avec un grain de malice bien excusable, qu'avant de prêcher au dehors l'évangile de l'hygiène, il serait logique de commencer par mettre en bon ordre notre propre maison.

Il nous faut bien admettre que ces critiques sont justifiées et, pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup d'oeil rapide sur les cellules, d'un autre siècle, destinées à recevoir les prisonniers. Il en est de même des salles de toilette, en nombre insuffisant pour le personnel actuel, et dont la localisation rend bien difficile un maintien de propreté convenable. L'éclairage et la ventilation faisant défaut, il en résulte que ces pièces ne sont pas conformes aux règlements actuels du Ministère de la Santé, lesquels n'exigent pourtant qu'un strict minimum.

Comme il est question de remettre à neuf et à l'épreuve du feu l'ancienne partie de l'édifice municipal et que l'espace fait absolument défaut, n'y aurait-il pas avantage à considérer en même temps un projet d'agrandissement qui s'impose pour le présent et le futur, suivant un plan d'ensemble bien déterminé à l'avance?

Dans ce but, comme le Département de la Santé est le plus mal partagé quant à l'espace et aux conditions hygiéniques, notre Comité croira ne pas outrepasser ses attributions en soumettant, dans un chapitre subséquent, un projet indiquant le nombre de pièces strictement nécessaire pour les besoins actuels et futurs ainsi que leur agencement logique sur un même étage.

Personnel:

Si nous tenons compte des quelques employés temporaires et surnuméraires dont les services ne sont requis qu'une partie de l'année, le personnel du Département de la Santé publique comprenait, en avril 1938, plus de cinquante employés. Si le facteur compétence ne laissait pas à désirer, ce nombre ne serait certainement pas trop élevé puisqu'il s'agit de la conservation de la vie et de la santé d'une population de 150,000 âmes, dont l'accroissement naturel seulement dépasse 2,000 par année.

Malheureusement, *à part certaines exceptions qui confirment la règle,* le recrutement du personnel n'a pas été fait dans le passé en tenant compte exclusivement de la compétence, *au moins pour les emplois qui exigent des qualifications spéciales.*

Au point de vue de l'honnêteté, de la bonne conduite, du sens du devoir et de l'application au travail, nous pouvons affirmer d'une manière générale, que le personnel est à la hauteur de la situation, mais la même affirmation ne peut s'appliquer à la compétence si nous considérons le personnel dans son ensemble.

Ceci provient du fait que la Cité de Québec n'est pas entrée dans le mouvement et n'a pas suivi pas à pas le progrès de l'hygiène publique depuis les dernières vingt-cinq années. Lors de sa création, en 1913, comme résultat d'un don de plus de cent millions de dollars de la part de monsieur J.-D. Rockefeller, la Fondation Rockefeller a commencé par le commencement son oeuvre internationale de santé publique, en accordant, après enquête sérieuse, plusieurs millions pour la construction et le fonctionnement d'Ecoles d'Hygiène dans plusieurs pays d'Europe, aux Etats-Unis et même au Canada, à Toronto, dans la plupart des cas comme complément des Facultés de médecine des grandes Universités. Il s'agissait de former, en premier lieu, des compétences: médecins-hygiénistes, ingénieurs sanitaires, infirmières hygiénistes, etc., non seulement pour l'enseignement futur, mais surtout pour former le personnel des organismes de santé publique, fédéraux, provinciaux ou municipaux.

Malheureusement pour nous, à cause de notre manque d'union, de prévoyance et de sens pratique, nous pouvons affirmer en connaissance de cause que nous avons alors probablement manqué l'occasion favorable d'obtenir, soit pour Montréal ou Québec, une telle Ecole d'Hygiène dont nous avions un besoin pressant. Comme résultat, lorsqu'il s'est agi, en 1926, d'organiser notre système d'Unités sanitaires de comtés, qui a rendu et rend encore de si grands services à la population, nos jeunes médecins ont dû prendre le chemin de Toronto pour aller obtenir, en une langue qui leur était plus ou moins familière, leur diplôme d'hygiéniste.

Il nous faut cependant signaler ici un effort passager qui a été fait par nos Universités de Montréal et de Québec, il y a plus de vingt ans, lorsqu'il s'est agi de la formation scientifique d'hygiénistes de carrière pour les districts sanitaires organisés à cette époque par le Conseil supérieur d'Hygiène.

Plus tard, la position de médecin municipal de la Cité de Québec étant devenue vacante, comme il y avait quelques médecins possédant ce diplôme d'hygiène, des démarches semi-officielles furent faites dans le but de mettre un médecin qualifié en charge de notre hygiène publique. Notre manque d'union empêcha encore le projet de se réaliser et, suivant la coutume établie, le poste fut encore confié à un ex-échevin, bon médecin, mais n'ayant aucune qualification en hygiène publique. Inutile d'ajouter que le chef n'ayant pas la compétence scientifique requise, il ne pouvait être question de choisir ou de faire qualifier des *infirmières hygiénistes* et des *inspecteurs sanitaires* diplômés. Le personnel ayant donc été choisi, en grande partie, sans tenir aucun compte des qualifications techniques nécessaires, il n'est pas du tout étonnant de constater, comme nous pourrons le démontrer au chapitre suivant par l'éloquence brutale des chiffres officiels, que nous sommes actuellement en fait de santé publique, à peu près au point où se trouvaient il y a vingt-cinq ans, nos voisins de l'Ontario et des Etats-Unis, ainsi que la population de Montréal.

Heureusement qu'avec l'avènement de la nouvelle administration municipale, il s'est produit un heureux changement dans la bonne direction par la nomination cette fois, en dehors des cadres de la politique municipale, d'un jeune médecin recommandé par les autorités compétentes en la matière, avec l'entente qu'il obtiendrait le plus tôt possible son

diplôme d'hygiéniste. Comme vous le savez, grâce à votre recommandation, monsieur le Maire et à vos fructueuses démarches, monsieur le Ministre, la Fondation Rockefeller a ratifié le choix du docteur B. Paquet en lui accordant une bourse d'études à l'Ecole d'Hygiène publique de l'Université de Toronto où nous savons qu'il nous fait honneur et d'où il reviendra parfaitement qualifié pour la difficile mais intéressante carrière qui lui est assignée.

Espérons que les autorités municipales, conscientes de leurs responsabilités quant à la vie et à la santé de leurs administrés, ne manqueront pas de profiter de nouveau des bonnes dispositions des autorités provinciales et de la Fondation Rockefeller, pour obtenir avec le temps *un personnel* possédant toutes les qualifications techniques requises pour constituer un Département de la Santé publique à la hauteur de la tâche à accomplir.

CHAPITRE III

Bilan vital de la Cité de Québec—1926-37

C'EST PAR les statistiques vitales officielles, surtout comparées, que nous pourrons nous rendre compte aussi exactement que possible de la situation au point de vue de la santé publique à Québec, en faisant une étude des chiffres absolus et des taux pour une période suffisamment longue, v.g. de 1926 à 1937 inclusivement.

Comme termes de comparaison, nous avons choisi les villes d'Ottawa et Hamilton dont la population est sensiblement la même que celle de Québec et en plus les cités de Toronto et Montréal dont la population est beaucoup plus élevée. Notre but en choisissant ces deux grandes agglomérations est de démontrer quels résultats peuvent être obtenus au point de vue de la Santé publique, avec une bonne organisation, un personnel compétent et un budget approprié.

Toutes les données de ce chapitre ont été extraites d'un travail très élaboré préparé par monsieur le docteur Paul Parrot, D.P.H., démographe du Ministère de la Santé et membre de notre Comité. Ce travail est publié comme appendice à ce rapport, à la disposition des personnes qui désireraient faire une étude encore plus approfondie du mouvement démographique de la Cité de Québec, au cours de la période étudiée.

Population:

Québec n'étant pas à proprement parler une grande ville industrielle, mais plutôt une ville historique, la plus ancienne de l'Amérique, siège du Gouvernement, de l'Eglise métropolitaine et de la plus vieille Université, sa population a augmenté lentement et à peu près uniquement par l'accroissement naturel, c'est-à-dire par le surplus des naissances sur les décès.

Nous basant sur le recensement de 1931 et tenant compte de l'accroissement naturel et dans une certaine mesure du facteur migration *à et de* Québec, nous pouvons raisonnablement conclure que la population de Québec atteint le chiffre de 150,000 âmes, au début de 1939.

Cette méthode, préconisée par notre Démographe, comme étant la plus pratique pour estimer la population annuelle au cours de chaque période qui sépare les recensements, lui a permis d'établir le tableau suivant pour la population de la Cité de Québec, de 1926 à 1937; nous avons ajouté à ce tableau le nombre et le taux des naissances, ainsi que le taux correspondant pour la Province, pour comparaison:

TABLEAU I

Année	Population	Naissances	Taux p. 1,000	Taux p. 1,000 Province
1926	119,466	4,084	34.1	31.4
1927	121,493	4,285	35.2	31.1
1928	123,835	4,397	35.5	30.7
1929	126,124	4,364	34.6	29.4
1930	128,492	4,328	33.6	29.6
1931	130,594	4,363	33.4	29.1
1932	132,543	4,172	31.4	28.1
1933	134,394	3,930	29.2	25.9
1934	136,020	3,942	28.9	25.3
1935	138,340	3,792	27.4	24.6
1936	141,743	3,743	26.4	24.3
1937	145,246	3,796	26.1	24.1

D'après ce tableau, la population aurait augmenté de près de 28,000 personnes, de 1926 à 1938, soit une moyenne annuelle d'environ 2,000, mais il faut remarquer que depuis 1931 le nombre des naissances a diminué graduellement, alors que le taux par 1,000 de population a baissé de 34.1 en 1926 à 26.1 en 1937, c'est-à-dire de 8 par 1,000. En d'autres termes, si le taux des naissances de 34.1 en 1926 n'avait pas diminué, il y aurait eu en 1937, 4,952 naissances au lieu de 3,796, soit 1,156 petits québécois qui ne sont pas nés . . . à cause de la crise économique ou pour d'autres raisons, puisque le taux des mariages est à la hausse depuis quelques années. Il faut noter aussi que le taux de natalité pour toute la Province a diminué de 7.3 par 1,000 pendant la même période, soit d'une proportion moindre.

Cette diminution de la natalité est un phénomène démographique mondial, mais notre Province et notre Cité n'ayant été atteintes que depuis peu d'années, il en résulte que notre taux est encore relativement élevé si nous le comparons à celui des autres pays et des autres provinces canadiennes. (Taux de natalité Ontario, 1937, 16.6; Ville New York, 1910: 29.9—1936: 13.4; Toronto 30 en 1913; 16 en 1936). Il indique tout de même qu'il nous faudra à l'avenir intensifier la lutte pour diminuer le nombre de nos décès, si nous voulons conserver le taux de notre accroissement naturel, qui a été proportionnellement le double de celui de l'Ontario, de 1926 à 1937. Le tableau suivant indique le nombre des décès à Québec, pendant cette période, avec le nombre et le taux de l'accroissement naturel pour Québec et celui de la Province, pour fins de comparaison:

TABLEAU II

Année	Décès	Augmentation naturelle	Taux Québec	Taux Province
1926	2,057	2,027	16.97	17.16
1927	1,943	2,342	19.28	17.57
1928	2,108	2,289	18.49	17.27
1929	1,996	2,368	18.78	15.93
1930	2,226	2,102	16.35	16.89
1931	1,914	2,449	18.75	17.09
1932	1,821	2,351	17.74	16.82
1933	1,795	2,135	15.89	15.19
1934	1,621	2,321	17.06	14.74
1935	1,589	2,203	15.54	13.86
1936	1,640	2,103	14.48	14.01
1937	1,919	1,877	11.25	12.82

Malgré sa diminution depuis douze ans, nous constatons que le taux d'accroissement naturel de la Cité de Québec est encore assez élevé, surtout si nous le comparons à celui de nos voisins, mais il serait *possible* de maintenir ce taux et même de l'augmenter sensiblement, comme nous le verrons par le tableau suivant, si, par l'hygiène maternelle bien appliquée, nous prenons d'abord les moyens nécessaires pour diminuer le nombre de nos mort-nés et aussi celui des décès de mères lors de l'accouchement.

La grossesse et l'accouchement n'étant pas des maladies mais des fonctions physiologiques, il est absolument possible, par des moyens connus et à notre portée, de réduire dans une grande proportion notre moyenne annuelle de 138 mort-nés et surtout le décès inutile de 27 mères par année, lors de l'accouchement. Il est en effet pénible de constater que, faute de soins appropriés au cours de la grossesse, plus de 300 mères québécoises ont été sacrifiées lors de l'accouchement depuis douze ans, la moitié au moins de ces décès étant facilement évitables.

TABLEAU III

Mort-nés, taux de morti-natalité et décès puerpéraux.

Année	Province Mort-nés	Taux p. 1,000 naissances	Québec Mort-nés	Taux p. 1,000 naissances	Québec Décès puerpéraux
1926	1,940	2.3	103	2.5	22
1927	2,114	2.5	96	2.2	21
1928	2,323	2.7	129	2.9	28
1929	2,276	2.7	162	3.7	25
1930	2,405	2.8	137	3.2	34
1931	2,390	2.8	141	3.2	20
1932	2,385	2.8	154	3.7	37
1933	2,363	3.0	141	3.6	33
1934	2,232	2.8	136	3.4	26
1935	2,317	3.0	168	4.4	25
1936	2,365	3.0	159	4.3	28
1937	2,312	3.0	138	3.5	27
Total 12 ans	27,422		1,664		326
Moyenne	2,288	2.8	138	3.5	27

Un autre moyen, encore plus efficace, pour maintenir et même augmenter notre accroissement naturel serait d'intensifier davantage notre lutte contre la *mortalité infantile,* notre taux actuel de plus de 100 par 1,000 naissances étant très consolant comparé à celui de 240 que nous avions à Québec, il y a plus de vingt ans, mais encore beaucoup trop élevé si nous le comparons à ceux obtenus par nos voisins, ce qui nous est démontré par le tableau suivant:

TABLEAU IV

Décès d'enfants de 0 à 1 an, avec taux par 1,000 naissances vivantes.

Année	Québec		Montréal		Toronto		Ottawa		Hamilton	
	Décès	Taux	Décès	Taux	Décès	Taux	Décès	Taux	Décès	Taux
1926	733	176.0	2,827	143.9	843	75.4	342	119.2	199	71.7
1927	643	150.1	2,569	132.0	810	70.8	286	85.2	187	65.2
1928	776	176.5	2,925	144.4	895	72.5	320	106.6	190	63.2
1929	624	142.9	2,717	131.8	1002	80.3	354	121.1	232	74.2
1930	819	189.2	2,635	125.2	1022	75.2	331	109.3	187	55.1
1931	663	151.2	2,348	114.1	887	69.8	297	97.5	196	59.0
1932	580	139.0	1,976	100.1	751	62.1	245	80.9	192	61.7
1933	558	142.0	1,801	97.6	673	59.6	257	89.5	163	56.9
1934	497	126.1	1,635	88.6	517	48.7	200	70.8	148	54.2
1935	390	102.8	1,550	87.1	538	51.4	286	94.1	135	48.9
1936	389	103.9	1,410	81.2	527	50.7	267	88.2	115	41.7
1937	557	142.2	1,535	86.7	472	47.5	254	85.5	106	38.3
Total 12 ans	7,229	–	25,928	–	8937	–	3,439	–	2,053	–
Moyenne	602	146.7	2,160	114.3	745	65.9	286	97.5	171	59.4

L'étude de ce tableau nous semble intéressante en ce sens qu'elle nous permet de faire certaines comparaisons utiles quant au passé et des déductions pratiques relativement à l'orientation de nos efforts pour l'avenir.

Nous constatons d'abord, qu'au cours de cette période de douze années, *7,229* enfants de 0 à 1 an sont morts à Québec, alors que pour les deux villes ayant à peu près la même population que la nôtre, ces décès ont

été de 3,439 pour Ottawa et seulement 2,053 pour Hamilton. Montréal avec une population égale à six fois celle de Québec n'a eu que 25,928 décès de 0 à 1 an et Toronto dont la population dépasse quatre fois la nôtre n'a eu que 8,937 décès infantiles.

Déjà en 1926, alors que notre taux de mortalité infantile était encore de 176. par 1,000 naissances vivantes, celui de Montréal avait été abaissé à 143.9, mais celui de Toronto avait atteint 75.4, celui d'Ottawa 119.2 et celui d'Hamilton 71.7.

Grâce à l'excellent travail de nos Gouttes de lait, si nous ne tenons pas compte de l'année désastreuse de 1937, notre tableau indique que notre taux a été abaissé à 103.9 en 1936, mais pendant la même période le taux de Montréal est descendu à 86.7, celui de Toronto à 47.5, celui d'Ottawa à 85.5 et celui de Hamilton à *38.3*.

Ceci démontre à l'évidence que si nous voulons sauver de la mort nos bébés canadiens-français et augmenter la vigueur physique de ceux qui doivent survivre, il nous faut au prix de tous les sacrifices, intensifier notre travail de puériculture, établir une coopération étroite et continue avec l'Oeuvre des Gouttes de lait afin d'induire par tous les moyens une plus forte proportion des mères à amener régulièrement leurs nourrissons à ces cliniques. Par un travail prénatal bien dirigé, il y aurait possibilité de remettre l'allaitement maternel à l'honneur et dans les cas d'impossibilité réelle, au moins substituer le lait pasteurisé au lait cru. En effet, il est admis par tous ceux qui ont fait une étude impartiale du problème que les résultats si remarquables obtenus à Toronto et à Hamilton sont attribuables en grande partie à la généralisation de l'emploi du lait pasteurisé. De même à Montréal on a remarqué que la diminuation de la mortalité infantile suivait l'augmentation dans la consommation de lait pasteurisé.

En utilisant les mêmes moyens ici, il serait possible de réduire considérablement notre mortalité infantile dont la moyenne beaucoup trop élevée a été de 602 décès au cours des douze années en question.

Les décès par maladies infectieuses constituent un autre facteur important qui contribue à augmenter notre taux de mortalité générale.

De 1926 à 1937, nous avons eu à Québec 85 décès par typhoide, ce qui donne une moyenne de 7 décès par année et indique clairement que nous n'avons pas eu d'épidémie de cette maladie. Pour cette même période, notre Province a enregistré 3,129 décès, c'est-à-dire 60% des décès par typhoide pour tout le Canada, alors que notre population n'est que 28% de celle du pays.

Proportionnellement à notre population qui égale 1/20 de celle de la Province, nous aurions dû avoir 156 décès par typhoide au lieu de 85. Tout en respectant l'opinion de ceux qui pensent le contraire, nous croyons pouvoir affirmer que ce résultat encourageant est dû au contrôle plus efficace du lait et surtout au fait que notre eau de boisson est chlorée, et bien chlorée, ce qui la rend non dangereuse, bien qu'elle ne soit pas en tout temps de l'année claire et limpide.

Malheureusement, le tableau n'est pas aussi intéressant pour ce qui concerne la *diphtérie*. Au cours de ces douze années, nous avons atteint le chiffre beaucoup trop élevé de 404 décès par cette maladie que nous pouvons faire disparaître entièrement par l'immunisation, comme la chose a été faite à Toronto et surtout à Hamilton. De 1935 à 1938, soit depuis 4 ans, plus de 2,000 cas de diphtérie ont été déclarés à Québec et il y a eu 207 décès, soit 10% des cas déclarés. Nous indiquerons dans un chapitre

subséquent les moyens efficaces qui pourraient être utilisés pour mettre fin à une telle hécatombe et pour en prévenir la répétition à l'avenir.

Si nous ajoutons les décès par rougeole, scarlatine et coqueluche, nous avons pour cette période et pour ces cinq maladies infectieuses, un total atteignant presque 1,200 décès. Pour toutes les maladies infectieuses, le taux moyen de ces douze années a été de 98.3 pour Québec, 49.6 pour Montréal, 40.7 pour Ottawa, et seulement *24.4* pour Toronto et *18.5* pour Hamilton. Le taux de la cité de Québec a donc été:

2 fois plus élevé que celui de Montréal,
4 fois plus élevé que celui de Toronto,
2½ fois plus élevé que celui de Ottawa,
et 5 1/3 plus élevé que celui de Hamilton.

Si notre situation au point de vue de la diphtérie est lamentable et constitue, depuis quatre ans surtout, une épidémie facilement évitable qui place la ville de Québec dans une position qui n'est pas enviable, notre tableau de la *tuberculose* n'est pas moins sombre, comme nous pourrons le constater par l'étude des chiffres qui vont suivre.

Il est reconnu que tous les tuberculeux d'une cité qui décèdent au cours d'une année ne meurent pas tous à domicile. Plusieurs sont hospitalisés dans les sanatoriums, où leur décès survient. Le relevé du *total* des décès tuberculeux d'une cité aurait été très long et compliqué. De plus, pour les premières années de la période couverte par cette étude, la re-allocation des décès au lieu de résidence ne se faisait pas encore. Enfin, ces informations n'ont pu être obtenues pour quelques-unes des cités comparées à Québec. Les données suivantes ne comportent donc que le total de décès de tuberculeux survenus dans chaque cité. Ceci ne donne pas la situation exacte, mais ne change rien au point de vue comparatif puisque le même procédé de compilation est appliqué à chaque ville comparée. Tout de même, cette re-allocation a été faite avec soin pour la cité de Québec, pour 1936 et 1937, avec le résultat que nous avons relevé près de 200 décès pour chaque année, de tuberculeux ayant leur domicile à Québec, ce qui donne un taux réel de 138 par 100,000 de population, pour 1936 et de 136 pour 1937, au lieu des taux respectifs de 104.9 et 106.7 du tableau suivant qui ne tient compte que des décès par tuberculose survenus à Québec même.

TABLEAU V

Taux de mortalité tuberculeuse par 100,000 habitants.

Année	Québec	Montréal	Toronto	Ottawa	Hamilton
1926	135.6	148.4	39.9	76.6	39.6
1927	153.1	131.7	42.6	79.5	33.5
1928	149.4	135.9	40.3	76.2	38.4
1929	162.5	139.0	42.5	64.4	31.9
1930	162.7	129.6	43.4	70.1	28.4
1931	139.4	117.9	39.1	65.4	29.6
1932	122.2	107.8	31.1	58.8	24.1
1933	130.2	97.8	22.6	52.5	13.6
1934	105.1	86.2	22.7	61.7	16.2
1935	113.5	79.3	21.6	61.3	15.6
1936	104.9	81.2	21.5	64.8	10.4
1937	106.7	85.8	(Inconnu à date)		

SCOLASTICAT-ÉCOLE NORMALE
2360 CH. STE-FOY
QUEBEC, P. Q.

Ce tableau indique assez clairement la position désavantageuse dans laquelle nous nous trouvons, sans qu'il soit nécessaire de la commenter davantage. Nous aurons l'occasion, au chapitre suivant, d'indiquer ce qui a été fait depuis plus de vingt-cinq ans à Québec pour enrayer la tuberculose, ce qui reste à faire et par quels moyens.

Nous terminerons cette étude comparée des décès par certaines causes spécifiées, en étudiant comme résultat final notre *mortalité générale* et en la comparant à celle des mêmes villes. Ces données sont illustrées dans les deux tableaux suivants:

TABLEAU VI

Total des décès.

Année	Québec	Montréal	Toronto	Ottawa	Hamilton
1926	2,211	10,898	6,295	1,618	1,423
1927	2,091	11,034	6,263	1,536	1,353
1928	2,313	11,936	6,962	1,645	1,471
1929	2,251	11,452	7,100	1,773	1,612
1930	2,481	10,979	7,057	1,747	1,506
1931	2,135	10,554	6,745	1,709	1,532
1932	2,041	10,410	6,627	1,727	1,510
1933	2,043	9,239	6,485	1,701	1,406
1934	1,874	9,261	6,266	1,618	1,462
1935	1,862	9,577	6,605	1,822	1,547
1936	1,907	9,839	7,044	1,787	1,639
1937	2,283	10,111	7,050	1,869	1,642
Total 12 ans	25,492	125,290	80,499	20,552	18,103
Moyenne	2,124	10,440	6,708	1,713	1,509

TABLEAU VII

Taux de mortalité générale, par 1,000 habitants.

Année	Québec	Montréal	Toronto	Ottawa	Hamilton
1926	18.5	15.2	11.3	13.5	11.5
1927	17.2	14.9	11.0	12.7	10.6
1928	18.7	15.7	12.2	13.6	11.5
1929	17.8	14.7	12.1	14.4	11.9
1930	19.3	13.7	11.6	13.9	10.4
1931	16.3	12.9	10.7	13.5	9.8
1932	15.4	12.5	10.6	13.0	9.8
1933	15.2	10.9	10.4	12.6	9.1
1934	13.7	10.7	9.9	11.7	9.5
1935	13.5	10.9	10.3	13.0	10.0
1936	13.5	9.5	10.9	12.6	10.7
1937	15.7	11.2		(Inconnu à date)	

Le premier de ces deux derniers tableaux indique qu'au cours de cette période de douze ans, il y a eu à Québec une moyenne de plus de 2,000 décès par année, alors que les deux villes d'Ottawa et de Hamilton dont la population est équivalente à celle de Québec, ont eu respectivement une moyenne annuelle de 1,700 et 1,500 décès. Par conséquent, si notre organisation de santé publique avait été aussi efficace, nous pouvons conclure qu'au moins 5,000 vies auraient été sauvées d'une mort pré-

maturée et évitable, ce qui représente un capital de *$10,000,000.00* si nous pouvons évaluer en piastres et sous la valeur de la vie humaine, en prenant comme base le minimum de $2,000.00 par vie sauvée, bien inférieur aux chiffres indiqués par les économistes américains et européens.

Pour résumer aussi brièvement que possible tous les faits relevés par les données statistiques de la période étudiée, nous pouvons émettre les conclusions suivantes:

(a) Pour 100 décès infantiles à Québec, il en survient:

à Montréal	78
à Toronto	50
à Ottawa	94
à Hamilton	44

(b) Pour 100 décès infectieux à Québec, il en survient:

à Montréal	50
à Toronto	25
à Ottawa	41
à Hamilton	19

(c) Pour 100 décès par diphtérie à Québec, il en survient:

à Montréal	46
à Toronto	31
à Ottawa	50
à Hamilton	5

(d) Pour 100 décès par tuberculose à Québec, il en survient:

à Montréal	84
à Toronto	24
à Ottawa	50
à Hamilton	17

(e) Pour 100 décès *par toutes causes*, à Québec, il en survient:

à Montréal	85
à Toronto	72
à Ottawa	90
à Hamilton	65

CHAPITRE IV

Laboratoire
Bactériologie et chimie

Fondé en 1906 par le docteur C.O. Guimont, qui a présidé à son-organisation première, le laboratoire est aujourd'hui un organisme indispensable, parmi les plus complets et les plus importants du Département de la Santé publique. Situé dans un local clair et très propre, il est très bien organisé. Aussi rend-il de précieux services au directeur du Département de la Santé publique, aux médecins et à toute la population en général.

Organisation:

Monsieur Dominique Gauvin, Docteur-es-Sciences, remplit la fonction d'analyste municipal pour le Département de la Santé publique, depuis le 12 juin 1936. Il a la direction générale de tous les travaux ou recherches effectués dans le laboratoire, et fait rapport des résultats obtenus au Directeur du Département de la Santé publique, dont il relève.

Monsieur le docteur J.-B. Piégay, Docteur en Médecine, D.H.P. (Laval), tout récemment adjoint à monsieur Gauvin, est chargé de tout ce qui concerne les recherches bactériologiques se rapportant aux maladies infectieuses et contagieuses.

Monsieur Jules Marchand, nommé au laboratoire le 18 septembre 1914, il est premier assistant et remplit la fonction d'aide technicien.

Monsieur Henri Drolet, nommé au laboratoire le 19 mars 1931, il est le deuxième assistant et remplit la fonction d'aide technicien. En outre, il prélève en dehors du laboratoire les échantillons d'eau de la ville, pour fins d'analyse.

Mademoiselle Germaine Métivier, entrée au laboratoire le 31 mars 1938 comme aide manuelle, elle prend soin de la verrerie et des appareils d'usage courant dans le laboratoire.

Monsieur Lucien Morin, entré au laboratoire le 16 novembre 1936, comme sténodactylographe, il remplit la fonction de secrétaire et fait la correspondance nécessaire, prépare et envoie les rapports et classifie les documents.

Travaux faits par le laboratoire:

I—Recherches bactériologiques: Pour l'utilité du Directeur du Département de la Santé publique et de tous les médecins qui exercent leur profession et demeurent dans la ville de Québec, le laboratoire fait les examens bactériologiques suivants:

Diphtérie: Examens directs et ensemencements sur milieux de culture appropriés des secrétions du nez et de la gorge, des fausses membranes, pour le diagnostic de la maladie et le contrôle de la durée de la contagion (libération des malades); aussi pour le dépistage et le contrôle des porteurs de germes.

Typhoide: Pour le diagnostic de la maladie, le laboratoire ne faisant que la réaction de "Widal" ou réaction d'agglutination seule; depuis la nomination du docteur Piégay, ce dernier fait en plus l'hémoculture à la demande du médecin traitant.

Tuberculose: La recherche du bacille de Koch dans les crachats.

Méningite Cérébro-spinale: Pour le diagnostic de cette maladie, le laboratoire fait la recherche du méningocoque par examen direct dans le liquide céphalo-rachidien; on fait aussi la numération des éléments figurés et, au point de vue chimique le dosage des chlorures, de l'albumine et du glucose.

Maladies vénériennes: La recherche du gonocoque dans le pus.

Mammite suppurée de la vache: En coopération avec la section de l'inspection du lait, le laboratoire cherche de plus en plus à identifier l'existence de cette maladie chez les vaches laitières, en recherchant d'abord la présence du pus dans le lait, puis en établissant l'identité du microbe en cause.

Recherches bactériologiques dans le lait: Pour l'information du directeur du Département de la Santé publique et celle du chef de la section de l'inspection du lait, le laboratoire fait sur les laits bruts, c'est-à-dire non traités, la numération microbienne globale par centimètre cube; sur les laits pasteurisés, la numération microbienne globale et aussi la recherche de la présence du coli-bacille dans 10.cc.,—1.cc et 0.1 cc.; sur les crèmes: 1 cc.—0.1 cc.—0.01 cc.

En outre on fait le contrôle bactériologique des divers temps de la pasteurisation.

Analyse bactériologique de l'eau de la distribution municipale: Afin de toujours bien connaître l'efficacité du traitement de l'eau par le chlore gazeux, telle que fournie aux contribuables de la ville, le laboratoire fait tous les jours, le dimanche excepté, la numération microbienne globale ainsi que la recherche de la présence du coli-bacille dans 10 cc.—1.cc., et 0.1 cc. dans l'eau, avant et après le traitement. Pour compléter l'analyse, quelques recherches chimiques sont de plus effectuées sur les mêmes échantillons apportés au laboratoire.

Monsieur Gauvin dirige et fait lui-même le contrôle du fonctionnement des appareils de chloration.

Sur les glaces récoltées par les marchands qui vendent de la glace aux familles situées dans le territoire de la ville, le laboratoire fait le même contrôle bactériologique que pour l'eau.

Enfin, depuis juin 1938, le laboratoire fait le contrôle de la qualité sanitaire des eaux des différentes piscines publiques situées dans les limites de la ville (Palais Montcalm, Séminaire de Québec, les différentes piscines des terrains de jeux: 2 au Parc Victoria, 2 à St-Fidèle, 1 à St-Malo). On contrôle aussi maintenant les piscines dirigées par la Young Men's Christian Association et la Young Women's Christian Association.

II. Recherches chimiques et biochimiques:

Lait et produits laitiers: Le laboratoire fait les analyses chimiques en rapport avec la qualité du lait et ses falsifications, et aussi les produits laitiers. Sur demande de la section de l'inspection du lait, le laboratoire fait subir à certains laits l'une ou l'autre des trois épreuves biochimiques suivantes, ou les trois épreuves, selon le cas: l'épreuve de la Phosphatase, l'épreuve de la Réductase et l'épreuve de la Catalase.

a) *Epreuve de la Phosphatase*:—Elle sert à déterminer si un lait a été convenablement chauffé (pasteurisation bien faite) ou non (pasteurisation mal faite), ou encore, à constater si à un lait pasteurisé on a ajouté du lait crû (lait non pasteurisé); et enfin elle permet de reconnaître un lait crû d'un lait pasteurisé. Cette épreuve, bien qu'assez longue à faire, est très sensible et très précise, et pour cette raison elle donne beaucoup de rigueur et d'exactitude au contrôle de la pasteurisation.

b) *Epreuve de la Réductase*: Elle sert à déterminer en une période de temps observée plus ou moins longue, en moyenne environ vingt à trente minutes, la teneur microbienne globale du lait soumis à l'inspection: si le réactif employé (Bleu de Méthylène à 2%) est réduit (décoloré) en vingt minutes ou moins, c'est parce qu'il contient environ 20,000,000 et plus de bactéries par centimètre cube (20 gouttes). Cette teneur microbienne étant trop élevée pour la consommation comme aussi pour la pasteurisation (lait trop infecté, lait trop vieux, lait conservé à une trop haute température) le lait doit être mis de côté et dénaturé par une matière colorante. Cette épreuve a une valeur incontestable au point de vue du contrôle approximatif mais réel de la teneur générale moyenne des microbes dans un lait. Ce dernier peut être rapidement classifié d'après l'une ou l'autre des interprétations que nous donnons ici, et, selon le cas, enlevé de la consommation avant d'infecter les consommateurs.

Interprétation donnée dans "Standard Methods of Milk Analysis"

Classe 1: Bon lait, non décoloré en 5½ heures.
Classe 2: Lait de qualité moyenne, décoloré entre 2 et 5½ heures.
Classe 3: Lait mauvais, décoloré entre 20 minutes et 2 heures.
Classe 4: Lait très mauvais, décoloré en 20 minutes ou moins.

Interprétation de "Dairy Bacteriology"

Classe 1: Bon lait, non décoloré en 5½ heures, développant de façon générale moins de 500,000 colonies microbiennes par cc.

Classe 2: Lait de qualité moyenne, décoloré entre 2 et 5½ heures, développant généralement entre 500,000 et 4,000,000 colonies microbiennes par cc.

Classe 3: Lait mauvais, décoloré entre 20 minutes et 2 heures, développant généralement entre 4,000,000 et 20,000,000 colonies microbiennes par cc.

Classe 4: Lait très mauvais, décoloré en 20 minutes ou moins, développant généralement plus de 20,000,000 colonies microbiennes par cc.

Actuellement, faute de l'outillage nécessaire, cette épreuve ne peut être effectuée qu'au laboratoire même, à l'Hôtel-de-Ville, et le plus souvent sur des laits déjà consommés par les contribuables lorsque le résultat final de l'épreuve est connu par l'analyste. C'est le désir du Chef de la section de l'inspection du lait, monsieur E.-U. Allard, et aussi celui du Chef du laboratoire, monsieur D. Gauvin, que l'épreuve de la réductase soit effectuée sur place dans les établissements de pasteurisation au moment de l'arrivée du lait dans l'établissement.

En procédant de cette manière, la section de l'inspection du lait pourra enlever de la consommation tous les laits mal conservés, trop vieux, trop malpropres, tous trop riches en microbes pour être pasteurisés, et sera en mesure de convaincre directement et facilement les producteurs de lait

qu'ils ne doivent apporter ou expédier aux établissements de pasteurisation que des laits jeunes, bien conservés, de teneur microbienne très faible, par conséquent des laits propres et sains. Et alors, on ne reprochera plus à la pasteurisation, comme on le fait aujourd'hui dans le public, sans raison justificative d'ailleurs, de recevoir avec un peu de lait propre et sain beaucoup de lait malpropre déjà corrompu. La pasteurisation ne traitera alors que des produits sains et hygiéniques.

c) *Epreuve de la Catalase*:—Cette réaction est produite par la présence des cellules du pus (leucocytes) en plus ou moins grande quantité dans un lait soumis à l'analyse. Elle est très utile pour dépister la mammite suppurée (inflammation du pis, parfois avec abcès) chez l'animal qui produit le lait.

Analyses chimiques diverses:—Pour être complets nous mentionnons en terminant que le laboratoire fait aussi les analyses d'urine qui lui sont demandées par les médecins. Il fait aussi l'analyse des produits alimentaires qui lui sont soumis. Enfin, il exécute des travaux spéciaux, à la demande des chefs de départements de l'administration municipale.

Remarques:

a) Certaines analyses (bactériologiques, biochimiques) pour des fins purement médicales, sont parfois effectuées par le laboratoire municipal contre paiement par les médecins qui en font la demande: Afin de ne pas encombrer le travail déjà considérable du laboratoire, celui-ci ne doit faire que les recherches bactériologiques et biochimiques en rapport avec le dépistage et le contrôle des maladies infectieuses et contagieuses (pour les malades: diagnostic, durée de la contagion; pour les suspects, contacts: dépistage des porteurs de germes), et toutes ces recherches doivent être faites gratuitement parce qu'elles ont pour but de protéger la santé publique.

Toutes les autres analyses médicales et privées doivent être dirigées vers les laboratoires généraux des hôpitaux (analyses d'urine, etc.).

b) Vu les conditions qui existent dans la ville de Québec concernant la diphtérie, il est opportun, semble-t-il d'inviter les membres de la profession médicale à utiliser davantage le laboratoire pour contrôler la durée de la contagion (libération des malades) ainsi que pour le dépistage et le contrôle des porteurs de germes dans les familles.

c) Nous recommandons, comme nous l'avons mentionné précédemment, que l'épreuve de la Réductase soit organisée sous la direction de monsieur D. Gauvin, pour le contrôle plus efficace de l'inspection du lait aux établissements de pasteurisation.

Typhoide: Le laboratoire devrait faire pour le diagnostic de la maladie, non seulement la réaction d'agglutination de Widal, mais aussi l'hémoculture (ensemencement du sang) ainsi que l'ensemencement des selles et des urines des malades. Ces recherches serviraient à confirmer le diagnostic plus précis de la maladie, et dans le cas d'infections intestinales de nature autre que la typhoide, elles permettraient leur dépistage (para-typhoide A et B, dysenterie bacillaire type (Flexner-His, etc.). Actuellement, le laboratoire de bactériologie ne procède pas à ce dépistage qui apporterait certainement plus de clarté et plus de précision concernant la connaissance que le Directeur du Département de la Santé publique doit avoir de ces maladies parmi une population de 150,000 habitants.

En outre, le laboratoire devrait faire l'ensemencement des selles et urines en vue de découvrir les porteurs de germes des différentes infections intestinales (typhoide, paratyphoide A et B, dysenterie bacillaires) tant au point de vue épidémiologique qu'au point de vue de la protection à assurer à l'industrie alimentaire dans la ville (employés dans les établissements de pasteurisation, et l'industrie du lait en général, cuisiniers, garçons et filles de tables dans les hôtels, restaurants, etc., cuisinières, servantes dans les familles). Le Département de la Santé publique doit à la population cette protection du point de vue alimentaire, et le laboratoire municipal desservant une ville de 150,000 doit rechercher au moins toutes les fois que les circonstances l'exigent (éclosion d'un ou plusieurs cas) les porteurs de germes des infections intestinales.

CHAPITRE V

Epidémiologie et contrôle des maladies infectieuses

Le contrôle des maladies infectieuses est sans contredit l'activité la plus importante de tout service de santé. Il influe directement sur la morbidité et sur la mortalité. Il est aussi la meilleure occasion d'enseignement d'hygiène à la portée du personnel.

Dans le passé, le contrôle des maladies infectieuses dans la cité de Québec a été plutôt rudimentaire. Le médecin-hygiéniste du Ministère de la Santé duquel relève la surveillance générale du district s'est toujours fait un devoir, au cours des vingt-cinq dernières années, d'exercer un contrôle sur les maladies contagieuses, afin de protéger les comtés avoisinants et d'empêcher l'infection de se répandre. Au Département de la Santé, on s'est contenté d'enregistrer les déclarations bénévoles du médecin traitant, on exerçait une certaine surveillance sur les absences scolaires, sans cependant pouvoir faire les visites de contrôle qui s'imposent pour protéger l'entourage des contagieux et la population en général.

Il faut que le Département de la Santé entreprenne un travail de propagande auprès des médecins de la cité, pour obtenir une déclaration aussi complète que possible de tous les cas d'infection. Un relevé de la déclaration des médecins, fait il y a quelque temps pour les années 1936 et 1937, établit que deux médecins déclarent habituellement les cas de contagion qu'ils sont appelés à visiter, que 10% en déclarent un certain nombre, mais que la majorité de nos praticiens oublient de se conformer à la loi.

En effet, la Loi de l'Hygiène publique de Québec fait un devoir à tout médecin de déclarer sans retard au Département de la Santé tous les cas de contagion diagnostiqués ou *douteux* qu'il est appelé à voir.

Même si cette loi n'existait pas, il nous semble que le médecin devrait se faire une obligation morale de porter la contagion à la connaissance des autorités. On parle aujourd'hui beaucoup de lois sociales, de charité chrétienne et de devoirs publics, mais à notre sens il n'y a peut-être pas dans tous les Statuts refondus de notre Province cinq articles de Loi qui aient une portée sociale plus étendue que l'article faisant un devoir de déclarer les cas de contagion.

Il est facile de comprendre que les mesures restrictives qui suivent souvent la déclaration sont de nature à rendre celle-ci moins populaire dans le peuple; mais il faut tout de même réaliser qu'on n'a pas plus le droit, lorsque le malheur atteint notre famille, de transmettre par contact entre enfants la poliomyélite ou paralysie infantile à la fillette de notre voisin, que de la rendre infirme en l'attaquant à coups de hache; de même,

il n'est pas mieux de tuer le petit garçon qui joue dans la cour avec notre enfant en lui donnant la diphtérie que de lui enlever la vie en se servant d'une carabine.

Il faut que la cité fasse un effort très sérieux pour obtenir connaissance des cas de maladies contagieuses qui surviennent dans son territoire en obtenant une meilleure déclaration de la profession médicale, en laissant savoir à la population qu'il y a également un article de loi qui fait une obligation au chef de famille et au chef d'un établissement, de déclarer les cas connus, en instituant un contrôle régulier et efficace des absences des enfants aux classes.

Nous recommandons de plus l'abandon de la désinfection terminale telle que pratiquée actuellement dans la cité. Cette désinfection n'est pas efficace, elle n'est qu'un leurre et un trompe l'oeil. Elle peut même être dangereuse, puisqu'elle donne à la population un sentiment de fausse sécurité, sans lui accorder aucune protection.

Le Département de la Santé, par l'entremise de son médecin municipal et de ses infirmières, et la profession médicale, s'appliqueront à inculquer dans la cité les notions de la désinfection concomitante suivie, à la fin de la maladie, d'un grand nettoyage avec aération et exposition au soleil. On trouvera attachée en appendice à ce rapport, copie d'un travail du docteur Edgar Couillard, sur la désinfection terminale.

Immunisation antidiphtérique

Chaque année la diphtérie coûte excessivement cher à la cité de Québec en vies perdues, en frais médicaux, en frais d'hospitalisation et en perte de temps par le petit malade et surtout par ses parents. Il a été établi précédemment dans ce rapport que la cité de Québec a une mortalité par diphtérie plus élevée que n'importe quelle ville de la même importance. Si nous voulons référer au dernier rapport annuel de la Ligue des Nations, on se trouve dans la triste situation d'avoir à constater qu'aucune ville civilisée n'a un taux de mortalité par diphtérie qui atteigne le nôtre. C'est un honneur mortel dont Québec pourrait bien se passer, car nous savons aujourd'hui qu'il est si facile non seulement d'empêcher nos enfants de mourir de diphtérie, mais de prévenir la maladie elle-même. Le Comité de Santé publique recommande que la campagne d'immunisation antidiphtérique entreprise l'an dernier soit reprise avec la plus grande vigueur, jusqu'à ce qu'on obtienne l'immunisation complète de 60% de tous les enfants âgés de moins de 10 ans. L'argent dépensé par la cité à cette fin rapporterait immédiatement plus de 100% en évitant au Département de la Santé des frais d'enquêtes, des déplacements pour contrôle de quarantaine et d'affichage, des achats de sérum antidiphtérique—ce dernier étant très dispendieux—et surtout des frais d'hospitalisation dans les cas de pauvreté reconnue. Les citoyens de Québec peuvent être assurés que si cette campagne se poursuit activement et a le succès obtenu ailleurs, la mortalité par diphtérie disparaîtra et la morbidité sera réduite à un minimum.

Hôpital civique

La Cité de Québec a un hôpital civique et malgré les rumeurs qui ont couru dans le public il y a quelques années, il n'est certainement pas

opportun d'y apporter un agrandissement. Il est cependant de la plus haute importance de prendre les mesures nécessaires au contrôle des maladies contagieuses pour diminuer le nombre des patients qui doivent être hospitalisés.

Un projet de réorganisation de cet hôpital est à l'étude. Ce projet entraînera une légère dépense pour améliorations et comportera également des changements de régie interne et une meilleure technique dans le soin des malades, pour faire disparaître la contamination entre hospitalisés.

Contrôle de la Tuberculose

Dans le passé, un effort considérable a été fait par le ligue antituberculeuse de Québec, pour assurer le contrôle de la tuberculose dans la cité. Il nous semble cependant que le travail de cette ligue aurait été facilité et plus profitable si la cité, par son Département de la Santé, avait montré un intérêt actif et pris une part prépondérante à la lutte.

La ligue a un dispensaire qui fonctionne encore très bien et ce centre antituberculeux, avec son service social de visiteuses, son camp de santé, sa coopération avec l'Hôpital Laval et l'oeuvre du Placement familial du Ministère de la Santé, a fait un travail intense et a obtenu de très beaux résultats.

Nous avons publié dans un chapitre précédent, un tableau comparatif des décès par tuberculose ayant eu lieu depuis douze ans à Québec, Montréal, Toronto, Ottawa et Hamilton. Nous avons pu constater dans quelle situation désavantageuse nous nous trouvons encore, malgré l'excellent travail accompli par notre ligue. En effet, notre taux de mortalité par tuberculose qui était de 188 par 100,000 de population, en 1915, a été réduit à 138, en 1937, ce qui représente une intéressante diminution de 50 par 100,000 de population, ce dernier taux incluant tous les cas de Québec, décédés ici ou ailleurs. Ce taux est tout de même beaucoup trop élevé si nous le comparons au taux de 88 pour la Province, 75 pour Montréal, 50 pour New-York, 52 pour les Etats-Unis, 36 pour Ontario et 35 pour Toronto.

Comme nous avons eu à Québec, pour chacune des années 1936 et 1937, une moyenne de 200 décès par tuberculose, en nous basant sur les résultats obtenus ailleurs par des moyens qui peuvent s'appliquer ici, nous croyons que ce nombre pourrait être graduellement diminué de moitié, ce qui représenterait encore un taux de 67 par 100,000.

Pour obtenir ce résultat désirable, il faudrait que le Département de la Santé publique ait à sa disposition les moyens nécessaires pour pouvoir assurer à la Ligue antituberculeuse une coopération efficace et constante, dans le but de promouvoir une campagne suivie d'éducation populaire, contribuer au dépistage des cas et à leur examen, surveiller les contacts, faciliter le plus possible l'hospitalisation afin de réduire les foyers de contagion, travailler à l'assainissement de l'habitation, au contrôle efficace du lait, organiser l'épreuve à la tuberculine chez les écoliers, etc., etc. La tâche à accomplir est considérable, nous l'admettons, mais elle doit être accomplie et elle peut l'être, si nous avons le courage de faire face au

problème au lieu d'essayer de l'ignorer, sous le prétexte inadmissible qu'il présente des difficultés.

Les experts en tuberculose admettent que pour un décès par tuberculose, il y a en moyenne huit personnes qui sont atteintes de la maladie. Par conséquent, nous aurions actuellement à Québec au moins 1,500 tuberculeux, dont environ la moitié seulement sont suivis régulièrement, la plupart souffrant de tuberculose ouverte et semant la contagion dans leur entourage, ce qui est un danger constant pour toute la population, riche ou pauvre, le bacille de Koch ne faisant pas de distinction de classes. Il nous semble donc qu'une population éclairée devrait être en faveur de faire tous les sacrifices nécessaires, quels qu'ils soient, pour vaincre un tel fléau, qui décime notre population précisément à l'âge où ses victimes pourraient être utiles à la société.

Maladies vénériennes:

Voilà un sujet dont il ne fallait pas parler en public, il y a quelques années. Heureusement qu'avec le temps, et en présence des ravages causés par ces maladies, la mentalité du public s'est transformée, ce qui a permis l'organisation de campagnes d'éducation populaire et la création de centres de traitement. Un effort assez considérable a été fait après la grande guerre, grâce à la coopération des autorités fédérales. Malheureusement, ce travail si utile et si nécessaire n'a pas été continué comme il aurait dû l'être lorsque l'appui fédéral a été retiré, pour des raisons plus ou moins valables qu'il serait trop long de discuter ici. Cependant, malgré le silence actuel, le problème est loin d'être résolu. Au cours de l'année 1937, grâce à l'initiative de la Ligue de Santé publique du Canada, une enquête approfondie a été faite à Toronto et à Ottawa, avec la coopération des hôpitaux et de la presque totalité des médecins de ces deux villes, afin d'établir aussi exactement que possible le nombre total de personnes souffrant d'une maladie vénérienne quelconque. Le résultat a été à peu près le même pour ces deux villes et il a démontré que près de 10 personnes par 1,000 de population étaient infectées.

Que la chose nous soit agréable ou non, il est bien certain que si nous pouvions obtenir une coopération aussi complète et aussi efficace de la part des hôpitaux et surtout de la profession médicale, une enquête semblable démontrerait que la même situation déplorable existe à Québec et que nous avons au moins 1,500 personnes souffrant de syphilis ou de gonorrhée, dont au moins 1,000 sont à l'état de contagion. Si nous les ajoutons à nos 1,000 tuberculeux actifs, nous avons donc à Québec 2,000 personnes en parfaite liberté, qui sèment la contagion tuberculeuse ou vénérienne, sans que la population soit le moins du monde alarmée d'un tel état de choses, soit par ignorance des faits ou par une insouciance inexplicable.

Depuis la nomination du docteur Parran comme chef du Service fédéral de la Santé publique des Etats-Unis, une campagne intensive contre les maladies vénériennes a été entreprise dans tous les Etats de la république américaine, *avec le secours financier de l'autorité fédérale* et la syphilis a été déclarée l'ennemi No. 1 de la nation.

Puisque le problème existe et qu'il a une importance capitale au point de vue de la race, nous ne pouvons essayer de l'ignorer, ce qui serait imiter la politique trop facile de l'autruche qui enfouit sa tête dans le sable et se croit parfaitement protégée contre tout danger extérieur.

Il nous faudrait donc d'abord accorder tout notre appui à la Ligue de Santé publique du Canada qui multiplie ses efforts depuis plusieurs années, afin d'obtenir des autorités fédérales le rétablissement de sa contribution financière à la solution de ce problème d'ordre national. Il y aurait lieu aussi d'essayer d'obtenir une révision de notre législation provinciale afin d'assurer aux autorités municipales un contrôle plus efficace sur les cas à l'état contagieux qui refusent, négligent ou sont incapables de se procurer le traitement approprié.

Avec ces armes indispensables à sa disposition, la Cité de Québec pour sa part, serait ensuite en état de pouvoir organiser, avec la coopération du Ministère de la Santé, des hôpitaux et de la profession médicale, un programme de défense complet, méthodique et suivi qui donnerait certainement les résultats obtenus ailleurs.

CHAPITRE VI

Hygiène maternelle et de l'enfance

L'HYGIÈNE MATERNELLE et de l'enfance constituant deux parties très importantes du programme d'un Département de Santé publique bien organisé, il semble inconcevable que ces deux problèmes aient été si négligés jusqu'à date par les autorités municipales, au point que des associations volontaires ont dû se charger en partie de leur solution, avec ou sans l'aide financière de la municipalité, et sans aucune coopération de la part du Département de la Santé publique. En effet, l'Assistance maternelle poursuit à Québec depuis vingt ans, son oeuvre admirable au milieu des plus grandes difficultés, grâce à l'aide du public et d'un octroi provincial annuel de $2,500.00, mais sans avoir jamais reçu un montant quelconque du trésor municipal, à l'exception de la modique somme de $300.00 à la fin de 1938.

L'Oeuvre de la "Goutte de lait" reçoit, il est vrai, un octroi annuel insuffisant de $6,000.00, mais comme il s'agit exclusivement de conserver la santé et sauver la vie des petits québécois, il nous semble que cet octroi annuel devrait être au moins égal, sinon supérieur à celui de la Province.

Peut-être que l'abondance des biens nuit, mais la Cité de Québec devrait être fière de posséder en capital humain un trésor inestimable de 33,000 enfants en-dessous de dix ans, trésor d'autant plus précieux que la natalité baisse rapidement dans tous les pays et même ici de 8 par 1,000 de population, depuis douze ans, comme nous l'avons démontré dans un chapitre précédent.

Comme nous avons prouvé également que notre population ne "prend pas de l'âge" à cause du nombre trop considérable de vies précieuses que nous perdons avant l'âge adulte, il en résulte que nous devons prendre les moyens efficaces pour conserver notre capital humain aussi intact que possible, si nous voulons assurer notre survivance, vu que nous ne pouvons compter sur l'immigration, encore moins sur le surpeuplement de nos cimetières, mais uniquement sur notre accroissement naturel, c'est-à-dire le surplus des naissances sur les décès. Puisque les naissances diminuent, il faut donc nous efforcer d'imiter la sagesse et le sens pratique de nos voisins en diminuant à sa plus simple expression le nombre des décès prématurés et évitables, afin d'augmenter comme eux notre population adulte.

Hygiène maternelle:

Comme il y a encore à Québec une moyenne annuelle d'environ 4,000 naissances, nous pouvons affirmer que, surtout au cours de la crise économique actuelle, il y a au moins 1,000 mères qui doivent nécessairement être suivies régulièrement au cours de leur grossesse et assistées lors de l'accouchement et après, si nous voulons diminuer le nombre trop élevé et inutile de nos décès puerpéraux, de nos mort-nés, de nos prématurés et de nos débiles.

Comme le dernier rapport de l'Assistance maternelle indique que 296 mères ont été assistées au cours de l'année, il est évident que, tout en conservant à cette oeuvre son autonomie administrative, le Département

de la Santé publique devrait être en état de lui assurer une coopération efficace afin d'augmenter ses moyens d'action et intensifier le travail prénatal, par des mesures appropriées.

Puériculture:

L'oeuvre accomplie à Québec, depuis vingt-cinq ans par la Goutte de lait, avec des moyens insuffisants, est admirable et la preuve c'est que notre mortalité infantile a été réduite du taux effarant de 240 par 1,000 naissances vivantes en 1915 à un peu plus de 100, en 1937. Mais, si nous considérons que la mortalité infantile a été réduite à environ 40 par 1,000 naissances dans un grand nombre de grandes villes américaines et canadiennes, il y a lieu d'intensifier la lutte afin de sauver la vie du plus grand nombre possible des 400 enfants qui meurent encore à Québec, avant d'avoir atteint leur première année.

Comme il y a à Québec environ 7,500 enfants en-dessous de deux ans et que 3,085 seulement ont été inscrits en 1937, aux douze cliniques de puériculture, où le taux de mortalité n'a été que 12 par 1,000 enfants inscrits, il nous faut conclure qu'il y aurait lieu d'intensifier le travail en augmentant le nombre des cliniques et le personnel, surtout celui des infirmières hygiénistes, de façon à pouvoir réussir à surveiller régulièrement au moins 75% des enfants de 0 à 2 ans, c'est-à-dire en doublant presque le nombre des inscrits actuels.

Hygiène préscolaire:

Bien que susceptibles de perfectionnement, comme toutes les initiatives humaines, il existe actuellement à Québec des organismes dont le but est de protéger la vie et la santé des enfants avant et après leur naissance, ainsi qu'à partir de l'âge scolaire, mais malheureusement cette protection si nécessaire ne s'exerce pas encore pour la classe nombreuse des enfants d'âge préscolaire, c'est-à-dire de deux à sept ans.

Il serait nécessaire que le Département de la Santé publique soit en état de pouvoir organiser un système efficace par lequel les enfants de cet âge pourraient bénéficier des avantages d'une surveillance suivie, soit à domicile ou dans certaines cliniques spéciales où ils seraient examinés en vue de la correction de défauts physiques et même mentaux. Il y aurait lieu aussi de promouvoir la vaccination contre la variole et surtout l'immunisation contre la diphtérie, en tenant compte du fait que 60% des décès causés par cette maladie facilement évitable ont lieu avant l'âge de cinq ans.

Terrains de jeux:

Il est admis que les parcs et les terrains de jeux sont les poumons d'une ville. Cette oeuvre, de création relativement récente à Québec, était absolument utile et nécessaire à plusieurs points de vue, mais surtout afin d'assurer le développement physique et la résistance aux maladies des milliers d'enfants qui n'ont pas l'avantage de pouvoir séjourner à la campagne au cours de la belle saison et sont malheureusement condamnés à vivre pendant les six mois de notre hiver dans nos trop nombreux logements insalubres, encombrés, mal éclairés et encore plus mal ventilés. Le Département de la Santé publique doit s'intéresser d'une façon toute spéciale à cette oeuvre et lui assurer toute sa coopération afin de contribuer à réduire dans la mesure du possible les inconvénients qui peuvent naturellement résulter d'une telle agglomération d'enfants, par exemple au point de vue de la propagation de certaines maladies contagieuses, etc. Dans

un chapitre subséquent, il sera question, à ce sujet, des piscines de natation et des moyens à prendre pour qu'un exercice aussi salutaire ne présente aucun inconvénient au point de vue de la santé publique.

Hygiène scolaire:

Nous avons visité quatre établissements éducationnels sous le contrôle de la Commission scolaire de langue anglaise et vingt-et-un sous le contrôle de la Commission scolaire de langue française. Nos observations ont porté spécialement sur les questions suivantes:

A)—La salubrité générale;

B)—L'éclairage;

C)—L'inspection médicale des écoles et des écoliers.

Salubrité générale:

A)—Dans les quatre établissements sous le contrôle de la Commission scolaire de langue anglaise la propreté règne partout: les planchers sont très bien entretenus; les fontaines jaillissantes sont en bon état et fonctionnent bien; les chambres de toilette sont complètement aménagées avec distribution d'eau courante chaude et froide (école St-Georges, rue St-Cyrille), serviettes individuelles en papier, savon et papier de toilette. Les chambres de toilette, de même que les cabinets à chasse d'eau et les urinoirs sont très propres ainsi qu'en témoigne l'absence de toute odeur ammoniacale ou autre.

Ces excellentes conditions sanitaires qui résultent de l'aménagement complet et d'un parfait entretien, sont un enseignement constant pour les enfants qui prennent dans ces établissements de bonnes habitudes d'hygiène individuelle, habitudes qu'à leur tour ils font pénétrer dans leurs familles.

Ce résultat est obtenu, croyons-nous, grâce au fait que dans chacun de ces quatre établissements c'est le principal (ou Directeur) qui a la responsabilité absolue du nettoyage et de la propreté générale et il a en même temps toute l'autorité nécessaire qui lui permet de donner des instructions à ce sujet soit au concierge ou gardien de la maison, soit à la personne chargée du soin de faire le ménage et d'entretenir la propreté.

A notre grand regret, il est de notre devoir de reconnaître que nous n'avons pas constaté les mêmes bonnes conditions sanitaires concernant la salubrité générale dans les établissements, sous le contrôle de la Commission scolaire française, visités par nous.

Partout, dans les chambres de toilette on constate l'absence de serviettes individuelles en papier, de savon et de papier à toilette.

Dans plusieurs chambres de toilette avec parquets et murs latéraux en tuiles, pourvues de cabinets d'aisances à chasse d'eau et d'urinoirs des plus modernes, possédant dans le plancher une bouche d'égout qui en permet le lavage à grande eau, on constate l'existence d'une odeur ammoniacale très prononcée, indice d'un nettoyage insuffisant ou mal compris; et cela dans des chambres de toilette récemment construites.

Dans plusieurs établissements les fontaines à jet vertical fonctionnent très mal ou pas du tout. Ailleurs, les élèves n'ont à leur disposition que les robinets des éviers ou vidoirs; pour s'y désaltérer les élèves doivent utiliser une tasse d'usage général à tous ou bien porter leurs lèvres directement au robinet; de ce seul chef, il est évident que les chances de contagion sont nombreuses dans nos écoles.

L'entretien général de la bâtisse, l'époussetage des surfaces, tablettes, corniches, le balayage et le lavage des planchers laissent plus qu'à désirer. Dans bien des cas, nous avons pu constater que le balayage et l'époussetage sont faits par la méthode à sec, ce qui est contraire à l'hygiène la plus élémentaire.

Le nettoyage ou l'entretien des vitres des fenêtres nous a paru insuffisant dans tous les établissements, à une exception près.

Toutes ces causes réduisent au minimum les conditions de salubrité générale que devraient présenter ces établissements. Il est indubitable que l'aménagement insuffisant des chambres de toilette notamment, a pour résultat immédiat de convaincre les enfants de l'inutilité des préceptes d'hygiène individuelle dont on préconise l'importance si souvent devant eux.

En recherchant les causes de cet état de choses, il nous a paru qu'elles résultaient, dans tous les cas, du manque de main d'oeuvre joint à l'absence d'autorité à ce sujet chez les directeurs et les directrices de ces établissements. Sans vouloir entrer dans un domaine qui n'est pas le nôtre, nous sera-t-il permis, afin d'arriver à améliorer ces conditions défectueuses, de suggérer ce qui suit: confier au directeur ou à la directrice de chaque institution la responsabilité pleine et entière, avec toute l'autorité nécessaire, concernant la salubrité générale de leurs établissements respectifs. A l'appui de notre suggestion, nous mentionnerons spécialement le Couvent St-Jean-Baptiste dont la propreté générale est irréprochable. En réponse à notre demande d'information, madame la Supérieure du Couvent St-Jean-Baptiste nous assure qu'elle a l'entière responsabilité de la propreté de l'établissement qu'elle dirige, et qu'elle a en outre toute l'autorité voulue à cette fin.

La démonstration de notre suggestion n'est plus à faire ainsi qu'en témoigne l'application de cette méthode, depuis plusieurs années déjà, dans les quatre établissements éducationnels de langue anglaise, comme nous l'avons dit précédemment.

B) Eclairage:—L'importance de l'éclairage dans les salles de classes est telle sur la vue des élèves et aussi sur les résultats de l'enseignement que nous ne pouvons pas ne pas en faire mention. Qu'il soit naturel ou artificiel, il doit avoir pour qualité essentielle d'être suffisant et uniforme: suffisant, c'est-à-dire que l'élève doit pouvoir travailler sans effort du côté de la vue; uniforme, c'est-à-dire également réparti partout dans la classe. Or, nous avons rarement trouvé ces qualités dans la plupart des salles de classes visitées.

L'éclairage naturel défectueux résulte dans bien des cas du fait que les vitres des fenêtres ne sont pas suffisamment propres (le nettoyage n'en est fait, en général qu'une fois par année); souvent les surfaces des plafonds et des murs intérieurs sont défraichies et de couleur sombre; dans quelques salles de classes désavantageusement localisées, l'éclairage naturel est réduit au minimum dans des proportions telles que l'enseignement y est donné, d'un bout de l'année à l'autre, à l'aide de l'éclairage artificiel: pour ne citer qu'un cas, nous mentionnons l'école Ste-Thérèse, 51 rue Gamelin, dans laquelle la classe de première année est située dans la cave de la maison. Or, le 13 juin 1938, à dix heures et vingt minutes de l'avant-midi,il y avait trente-et-un élèves âgés de sept à dix ans et l'enseignement s'y donnait sous l'éclairage artificiel, alors que le soleil brillait à l'extérieur.

L'éclairage artificiel d'autre part, est si défectueux actuellement qu'il devrait faire l'objet d'une étude spéciale de la part de la commission

scolaire, afin d'en obtenir un meilleur rendement: intensité lumineuse suffisante, qualité et disposition convenable des foyers éclairants, couleur appropriée des plafonds et des murs, telles sont les conditions matérielles desquelles dépend l'éclairage artificiel normal dans les salles de classes.

C) *Inspection médicale*:—L'inspection médicale des écoles n'existe pas actuellement dans le département de la Santé publique de la ville de Québec. Cependant les infirmières-visiteuses des écoles ont commencé à établir le casier sanitaire des élèves dans le but de contrôler les maladies contagieuses et de corriger certaines défectuosités physiques les plus apparentes chez les enfants. Cette activité, louable en elle-même, s'est vue paralysée d'abord par le trop grand nombre des élèves soumis à leur observation et à leur surveillance, puis par l'absence des directives et de l'appui indispensable qu'elles auraient reçus si l'inspection médicale régulière et autorisée avait été organisée à ce moment. Il résulte de ce fait que des années précieuses ont été perdues relativement à la mise en marche d'une telle inspection.

En conséquence, considérant la réorganisation actuelle du service de la santé publique dans notre ville, nous recommandons instamment à l'autorité municipale de créer la section de *"l'inspection médicale des écoles."* La ville de Québec a une population d'âge scolaire d'environ vingt-cinq mille enfants dont elle doit protéger, conserver et développer la santé pour l'avenir: l'enfance qui se forme présentement à l'école est son capital humain le plus précieux, celui de demain.

La section de l'inspection médicale des écoles devra nécessairement comprendre:

1o.—La surveillance de la salubrité générale des établissements scolaires;

2o.—Le contrôle des maladies contagieuses;

3o.—La surveillance de la santé des enfants et du personnel enseignant, ainsi que la recherche et la correction des défectuosités physiques et mentales.

La Ville de Montréal, dont la population est numériquement six fois supérieure à celle de la ville de Québec, n'a pas hésité à donner à ses 152,000 enfants qui fréquentent ses écoles l'inspection médicale: commencée il y a déjà plusieurs années, son organisation était terminée en 1936, et aujourd'hui elle fonctionne régulièrement et parfaitement. Voici les grandes lignes que comportent les activités de cette section du service d'hygiène de la ville de Montréal:

1o.—La surveillance sanitaire des écoles;

2o.—Le contrôle des maladies contagieuses;

3o.—La recherche et la correction des défectuosités physiques et mentales par l'infirmière-visiteuse et les médecins;

4o.—Les visites à domicile par les infirmières-visiteuses;

5o.—L'examen médical des professeurs;

6o.—L'hygiène mentale;

7o.—L'hygiène dentaire;

8o.—L'examen des enfants durant l'été dans les colonies de vacances (terrains de jeux, chez nous);

9o.—Enfin, l'enseignement de l'hygiène à l'école.

Ajoutons, que pour effectuer ce travail de l'inspection médicale dans 289 établissements éducationnels recevant une population de 152,000

élèves, chaque médecin inspecteur a sous sa surveillance 8,010 enfants, et chaque infirmière 2,057.

Ce bref aperçu de ce qui se fait dans la cité de Montréal pour une population scolaire de 152,000 enfants, démontre parfaitement qu'il est possible, d'ici à quelques années, de doter la population scolaire de 25,000 enfants que nous avons dans la ville de Québec, d'un service d'inspection médicale du même genre.

En terminant, qu'il nous soit permis de signaler à votre attention comme à votre admiration, une oeuvre d'hygiène sociale scolaire très importante, qui doit la vie au désintéressement et au dévouement. La Ligue Féminine de Québec, composée de jeunes-filles et de femmes à l'esprit philanthropique, a fondé, pour répondre à une nécessité sociale urgente de l'heure, *l'"Ecole Cardinal-Villeneuve"* pour les enfants infirmes. Ceux-ci, pour la plupart victimes des ravages causés par la paralysie infantile, lors de l'épidémie de 1932 dans notre ville, reçoivent en outre de l'instruction appropriée à leur âge, la rééducation physique qui corrigera ou du moins atténuera leur infirmité. A cette fin on a pourvu l'établissement de tous les appareils d'éducation physique utiles pour chaque cas. La rééducation physique est faite sous contrôle médical régulier. Sans cet organisme, la plupart de ces enfants ne recevraient pas l'instruction ni l'éducation auxquelles ils ont droit, leur infirmité physique les empêchant de fréquenter les écoles sous le contrôle de la commission scolaire. Si cette école n'existait pas dans notre ville il faudrait la créer, car elle est la meilleure sauvegarde de l'avenir des jeunes infirmes qui la fréquentent.

Hygiène mentale:

Au cours des vingt-cinq dernières années, l'hygiène mentale a fait des progrès considérables surtout aux Etats-Unis et dans quelques provinces canadiennes, grâce à l'excellent travail de "l'American et du Canadian Mental Hygiene Committee." Malheureusement, à l'exception des résultats intéressants obtenus à Montréal, surtout dans les écoles, notre province est encore en arrière, dans ce domaine. Il est vrai, qu'à Québec, un Comité d'hygiène mentale a été organisé en 1931, qu'il existe encore, mais il n'a pas reçu des autorités municipales l'appui qu'il devait en attendre, de sorte que son travail a été restreint à l'effort bénévole de ses membres, surtout celui de M. le docteur J. C. Miller, une autorité reconnue en maladies mentales.

De même que l'hygiène générale a pour but principal la conservation de la vie et de la santé de la population, surtout par la *prévention* des maladies, en vertu du principe incontesteé "qu'une once de prévention vaut mieux qu'une livre de guérison," de même l'hygiène mentale a pour but la prévention des maladies mentales, ce qui a son importance même au simple point de vue économique, si nous tenons compte des sommes considérables qu'il nous faut débourser pour l'entretien des aliénés incurables, alors que par la prévention ces sommes pourraient être réduites au minimum, tout en donnant à la société des citoyens utiles.

L'hygiène mentale s'applique à toutes les classes, mais au point de vue pratique et en vue des résultats à obtenir, elle s'intéresse surtout à l'enfance et en particulier à la population d'âge scolaire, où le travail le plus effectif peut être accompli, avec la coopération des éducateurs. Au point de vue pédagogique, l'examen mental méthodique et suivi de tous les élèves permet de ne pas retarder le progrès des élèves normaux, en plaçant dans une classe spéciale les arriérés mentaux et en les confiant à un instituteur spécialisé. Par un traitement approprié et souvent par la

simple correction de défauts physiques, il sera possible de ramener à la normale un assez grand nombre de ces cas. Pour un autre nombre, il y aura avantage à les diriger vers des écoles spéciales, avec chances de guérison, alors qu'ils sont fatalement destinés à devenir des incurables et des charges permanentes pour la société, si la politique facile du "laisser faire" est religieusement suivie.

Le résultat des nombreuses enquêtes faites ailleurs démontre qu'environ 5% des enfants qui fréquentent les écoles souffrent d'un défaut mental quelconque. Dans ce cas, sur nos 25,000 enfants d'âge scolaire, nous en aurions plus de 1,200 qui devraient être sous la surveillance continue du Comité d'Hygiène mentale, dont nous publions en partie le rapport spécial qu'il nous a fait parvenir, par son secrétaire, monsieur l'abbé A. Maheux:

Comité d'hygiène mentale de la ville de Québec.

Québec, le 14 février, 1939.

Appel pressant à tous ceux qui s'occupent de la Santé publique.

C'est le 11 septembre 1931 que fut organisé le comité d'Hygiène mentale de la ville de Québec. La séance fut tenue au pavillon principal de l'Université Laval, sous la présidence de Mgr Ph.-J. Fillion, alors recteur de l'Université. MM. les docteurs Desloges et de Bellefeuille avaient été invités à la séance, afin de fournir les données de leur expérience.

En une année, du 11 septembre 1931 au 14 octobre 1932, le comité tint douze séances, ce qui démontre sa bonne envie de vivre. Et, en effet, cette première année fut marquée, par une grande activité. Le Comité eut des rencontres avec la Commission scolaire de la cité de Québec, avec le Comité administratif de la Ville; il entretint des relations suivies avec le Comité provincial, alors à Montréal; il engagea une infirmière spécialisée; il utilisa à leur maximum les bons services du Docteur J.-C. Miller; il organisa un dispensaire d'hygiène mentale à l'Hôtel-Dieu de Québec; il organisa la visite systématique des écoles pour y faire le dépistage des arriérés mentaux; il tint les "journées d'hygiène mentale" au bénéfice du personnel enseignant.

Voici le tableau de l'année 1931-32:

Nombre d'enfants signalés	450
Nombre d'enfants examinés à l'école	450
Nombre d'enfants examinés en plus au Dispensaire	225
Nombre de consultations du Dispensaire	425

Ce travail produisit d'excellents résultats: amélioration de la santé des enfants; amélioration de l'enseignement scolaire; initiation des instituteurs aux préoccupations d'hygiène mentale; placement dans les asiles pour enfants manifestement arriérés; moindre durée de séjour dans les institutions spéciales, et cela pour plusieurs enfants; et mieux encore: certains enfants ont évité le séjour dans les institutions spéciales, à cause du service de surveillance organisé par ce Comité.

N'oublions pas que ces efforts, ces résultats ont abaissé les contributions que fait la ville aux asiles.

La Cité de Québec vota d'abord au Comité une allocation minimum. Malheureusement elle ne voulut pas continuer cette sage pratique.

Pourtant les requêtes qu'a fait circuler le Comité d'hygiène mentale de Québec ont été couvertes de signatures des sommités religieuses, civiques, politiques, scolaires, industrielles et commerciales, tant protestantes que catholiques.

Faute de ressources le Comité dut restreindre son travail, mais cela se fait au grand dommage de la santé publique, et au grand dommage aussi du trésor public.

Il en est des enfants débiles comme des articles de lingerie: "a stitch in time saves nine"—Dépister de bonne heure un arriéré, le soigner, le rendre sain à la société, cela coûte quelque chose, mais ce coût n'est rien comparé à celui de l'interné pour la vie dans un asile. C'est ce point de vue que nous voudrions faire accepter par les dirigeants de la Cité."

Le Secrétaire du Comité,

(signé) Arthur Maheux, ptre.

Nous sommes d'avis que le Département de la Santé publique de la Cité de Québec devrait s'intéresser spécialement à ce problème très important de l'Hygiène mentale, en accordant toute sa coopération au Comité existant, lequel devrait recevoir l'appui financier des autorités municipales comme nous aurons l'occasion de l'indiquer au Chapitre X, lorsque nous ferons l'étude du budget-type.

Hygiène dentaire:

C'est une autre partie de l'hygiène générale, ayant spécialement pour objet la mise en pratique des mesures préventives destinées à assurer une dentition parfaite, celle-ci ayant une importance capitale au point de vue de la santé générale, les dents étant le miroir de l'ossature. Comme l'hygiène mentale, l'hygiène dentaire s'applique à toutes les classes de la population, mais elle doit surtout diriger son travail préventif vers l'enfance et particulièrement la population d'âge scolaire.

Le Département de la Santé publique possède depuis plusieurs années une clinique dentaire bien organisée, sous la direction de deux dentistes compétents et dévoués, laquelle rend des services importants à la population pauvre, incapable d'assurer surtout aux enfants les soins préventifs essentiels, si nous tenons compte qu'à cause d'une alimentation défectueuse ou mal comprise, plus de la moitié de la population écolière souffre de carie dentaire, plus ou moins prononcée, nécessitant l'extraction d'un nombre trop considérable de dents, qui devraient être conservées. Il y aurait toute une campagne d'éducation à faire à ce sujet, surtout dans les écoles, par les dentistes et les infirmières-visiteuses. Ceci devrait constituer une partie importante d'un programme complet d'inspection scolaire après entente spéciale entre les autorités municipales et les commissions scolaires, sous la direction immédiate du Département de la Santé publique. Il nous semble que des problèmes aussi importants ne peuvent être traités à la légère, si nous considérons qu'il s'agit de la santé future d'un groupe de 25,000 enfants qui sont appelés à remplacer la génération actuelle.

CHAPITRE VII

(a) Contrôle du lait

L'APPROVISIONNEMENT du lait, de la crème et de la crème à la glace dans la cité de Québec est le suivant en 1938:

Lait cru:	1,779,835 gallons environ,	soit 45.16 du total lait
Lait pasteurisé:	2,161,035 gallons environ,	soit 54.84 du total lait
Crème crue:	25,480 gallons environ,	soit 15.84 du total crème
Crème pasteurisée:	135,358 gallons environ,	soit 84.16 du total crème.

Il se consomme en plus 201,817 gallons de crème à la glace pasteurisée. Pour trouver la proportion de produits laitiers pasteurisés et non pasteurisés qui sont consommés dans la ville, on ramène les crèmes à leur état primitif de lait produit avec le résultat suivant:

Produit consommé non pasteurisé:	2,034,635 gallons,	soit 33.43
Produit consommé pasteurisé:	4,051,169 gallons,	soit 66.57

Six-cent-quarante-huit troupeaux producteurs se partagent la clientèle des consommateurs de la ville comme suit: trois cent quatorze troupeaux fournissent le lait cru vendu directement aux consommateurs, et trois cent trente-quatre troupeaux approvisionnent les établissements de pasteurisation.

Les laitiers qui vendent du lait cru délivrent leur produit dans des bidons de 2, 4, 5 et 8 gallons, le lait étant transvasé selon le besoin en cours de route, pendant la distribution de porte en porte par les rues de la ville. Au contraire, tout le lait pasteurisé est délivré dans des bouteilles au domicile des clients: *un pour cent du total* est délivré dans des bidons, mais seulement aux hôtels, restaurants et maisons de pension, etc.

Neuf cent-cinquante épiceries et restaurants sont autorisés à vendre du lait à leur clientèle, mais seulement du lait pasteurisé et toujours dans des bouteilles.

Inspection du lait:

La section de l'inspection du lait relève du Département de la Santé publique et est sous la direction de monsieur E.-U. Allard, depuis le 12 juillet 1914.

A) Deux médecins-vétérinaires font l'inspection des troupeaux et des vacheries, l'un à la campagne et l'autre dans la ville. Leur travail consiste à surveiller les conditions sanitaires des vacheries, établissant pour chacune de celles-ci une fiche sanitaire remise à l'inspecteur en chef. Ils s'occupent en même temps de tout de qui concerne l'épreuve à la tuberculine des vaches laitières. Six cent neuf troupeaux situés en dehors de la ville, doivent subir cette épreuve tous les ans; environ trois cents propriétaires ont mis leurs troupeaux sous le contrôle du Ministère fédéral de l'Agriculture, dont les inspecteurs vétérinaires font eux-mêmes l'épreuve à la tuberculine, ce qui diminue d'autant le travail de l'inspecteur municipal, qui, malgré cela, a encore beaucoup à faire.

B) Trois inspecteurs visitent les établissements de pasteurisation et font l'inspection du lait au moment de son arrivée à l'usine.

C) Deux inspecteurs font l'inspection du lait délivré dans la ville, tous les jours, par environ quatre cents voitures de livraison.

D) Un inspecteur visite les épiceries, les autres magasins, les hôtels et les restaurants, surveille la vente de la crème sur les marchés publics par les cultivateurs; il prélève des échantillons de lait et de crème pour l'analyse chimique.

Le nombre des inspections faites et des échantillons de lait et de crème prélevés chaque année par les inspecteurs se chiffre à plus de trente mille. L'inspection des fermes donne actuellement des résultats sur lesquels nous avons lieu de compter. Chacune des 648 fermes de production est organisée conformément au règlement municipal du lait actuellement en vigueur, et l'inspection régulière surveille leur entretien et leurs conditions sanitaires générales.

Des produits laitiers provenant des six cent quarante-huit troupeaux et dirigés vers la ville: 33% du total est distribué aux consommateurs à l'état de *lait cru*, sans aucune autre mesure de protection; 67% est traité par la *pasteurisation* avant d'être distribué aux clients qui sont par le fait même protégés.

Contrôle du lait cru délivré dans la ville:—Le lait cru, qui provient de 314 fermes différentes, est transporté à la ville et distribué aux consommateurs sans subir d'autre contrôle que celui de l'inspection que font les deux inspecteurs qui circulent dans les rues à cette fin. L'on comprend facilement qu'un inspecteur qui arrête, au cours de la livraison, un laitier dont la voiture est chargée de bidons, dans un rue où le traffic est très dense, n'a pas les facilités raisonnables pour faire un contrôle efficace et complet du lait. Il ne peut faire autre chose que de prélever, de chaque voiture qu'il rencontre au hasard, (environ une dizaine au plus chaque matin), des échantillons qu'il apporte au laboratoire, situé à l'hôtel-de-ville, où sont faites les diverses épreuves établissant la valeur sanitaire de ces différents laits.

A ce moment, il faut bien se rendre compte que, si l'inspecteur peut confisquer certains produits parce que les règlements concernant les conditions de transport et de livraison, la température du lait, la nature et la propreté des ustensiles ne sont pas observés, il lui est absolument impossible d'interrompre la distribution des laits sur lesquels il a prélevé des échantillons, parce que les résultats des analyses faites au laboratoire municipal, établissant que le lait est dangereux ou non pour la santé, ne seront connus que le lendemain au plus tôt. Par conséquent, le lait peut être de mauvaise qualité, mais il est distribué et consommé au lieu d'être confisqué. De sorte que le contribuable consommateur de lait cru n'est pas protégé contre les germes des maladies infectieuses que le lait de mauvaise qualité sanitaire est suceptible de contenir. C'est un fait regrettable, mais les autorités municipales ne peuvent ignorer plus longtemps, et nous le regrettons avec elles, que le lait est un agent vecteur de maladies pour l'organisme humain.

En effet, le lait est susceptible de contamination par les microbes de deux façons différentes: 1o.—Les microbes peuvent passer de la vache malade au lait, puis du lait à l'homme; 2o.—Les microbes peuvent être introduits dans le lait par la personne qui fait la traite ou par les autres manipulateurs ou encore par les ustensiles infectés.

1o.—Parmi les microbes qui peuvent passer de la vache malade au lait, nous avons:

a)—*La tuberculose bovine*: En 1936, 5% des vaches laitières des laitiers de la ville de Québec étaient atteintes de tuberculose. Le 29 septembre et le 1er octobre de la même année, l'épreuve à la tuberculine faite sur *139* bêtes a démontré que *27* étaient atteintes de tuberculose, soit une proportion de *20%*. Le lait de ces vaches était vendu, à l'état cru, à des consommateurs de la ville. L'épreuve à la tuberculine est nécessaire, voire même indispensable, afin d'obtenir l'éradication de la tuberculose parmi les troupeaux, mais il ne faut pas ignorer qu'elle ne protège pas le consommateur de lait cru contre l'infection tuberculeuse toujours possible pour la simple raison qu'entre deux épreuves faites à un intervalle de douze mois, une ou plusieurs bêtes peuvent s'infecter et fournir du lait contaminé pendant deux, quatre, huit, dix et même onze mois avant que l'épreuve suivante reconnaisse la maladie. L'épreuve à la tuberculine concourt à l'assainissement des troupeaux, mais elle n'assainit pas plus le lait qu'elle ne guérit les vaches laitières atteintes de cette maladie.

b)—*La fièvre ondulante*: C'est une maladie infectieuse transmise à l'homme par du lait cru provenant de vaches souffrant de "l'avortement épizootique," les troupeaux sont infectés dans une proportion considérable. En 1936, soixante-quatre vaches laitières, composant le troupeau appartenant à une institution religieuse située dans la ville, ont été abattues parce qu'elles étaient atteintes d'avortement épizootique. Ce troupeau était accrédité et sous le contrôle du Ministère fédéral de l'Agriculture.

L'an dernier, cinq cas de fièvre ondulante ont été diagnostiqués et traités dans la ville. L'enquête, faite par l'un de nous, a nettement établi que les cinq malades étaient des consommateurs de lait cru.

c)—*La mammite suppurée*: La médecine vétérinaire nous apprend que des abcès se forment dans le pis des vaches atteintes d'infections suppuratives. Or, la matière purulente résultat de ces abcès est entraînée dans le lait par la traite. Selon la nature de l'infection en cause, le pus et les microbes qui l'accompagnent toujours, produiront chez les consommateurs de lait cru, surtout chez les enfants, différentes maladies notamment la tuberculose, la scarlatine, l'angine septique et la gastro-entérite.

Telles sont les principales maladies animales transmises, par l'intermédiaire du lait non traité, à l'organisme humain jusque là en bonne santé.

2o.—Même en supposant que le lait soit produit par des bêtes toujours parfaitement saines, les microbes peuvent s'y introduire par diverses autres sources, par exemple, pour n'en citer que quelques unes: les maladies des personnes qui font la traite, les mauvaises conditions sanitaires des vacheries, les diverses et très nombreuses manipulations dont s'accompagnent nécessairement la production, la conservation, le transport et la distribution du lait, auxquelles s'ajoutent très souvent les utensiles contaminés et l'eau infectée. Par ces voies multiples le lait peut devenir et devient très souvent le véhicule de toutes les maladies infectieuses et contagieuses humaines que l'on rencontre communément parmi notre population. Qu'il nous suffise de rappeler les nombreuses épidémies de typhoide, para-typhoide, scarlatine, rougeole, diphtérie, oreillons, etc., qui ont eu pour point de départ le lait consommé sans traitement préalable.

Contre ces maladies d'origine animale et humaine que tout lait cru peut transmettre à l'homme, quelle barrière, le service de l'inspection, tel qu'actuellement organisé dans notre ville, peut-il établir? Nous n'hé-

sitons pas à répondre: aucune. Par lui-même, le service de contrôle du lait par la seule inspection ne peut réaliser la destruction des microbes. Pour détruire ceux-ci et rendre le lait sans danger pour la consommation, à *l'inspection* il faut joindre la *pasteurisation*. La protection et la sécurité de notre population de 150,000 habitants, est entre nos mains. Nous manquerions sérieusement à notre devoir en négligeant le grand facteur de prospérité que représente pour notre ville, la santé collective de tous ceux qui l'habitent.

Contrôle du lait pasteurisé délivré dans la ville: Voici maintenant quel est le contrôle exercé sur tout le lait apporté en ville aux établissements de pasteurisation. Trois cent trente-quatre troupeaux produisent le lait apporté aux établissements de pasteurisation. Les inspecteurs visitent toutes les fermes dispersées au loin sur un grand territoire, surveillent les conditions sanitaires générales des vacheries, la nature et la qualité des ustensiles utilisés pour la traite, les diverses manipulations et le transport, la salubrité de l'eau employée, les conditions de réfrigération du lait, et enfin font l'épreuve à la tuberculine, etc. Cette surveillance est en tout point identique à celle donnée aux autres fermes faisant le commerce du lait cru.

A son arrivée aux établissements de pasteurisation, où il est transporté dans des camions fermés et spécialement réservés à cette fin, le lait subit l'inspection. Le service de l'inspection fonctionne actuellement de façon à donner des résultats permettant d'écarter de la pasteurisation les laits sales et visqueux, les laits d'odeur et de goût anormaux, les laits acides ou en fermentation (trop vieux), ceux qui sont trop pauvres en matières grasses, de même que ceux qui sont insuffisamment refroidis. Ce contrôle se fait régulièrement dans chaque établissement toutes les semaines, et le premier résultat de ce travail c'est la confiscation de milliers de gallons de lait qui sont, par le fait même, exclus avant la pasteurisation et renvoyés aux cultivateurs, après avoir été dénaturés par une substance colorante anodine afin d'en empêcher la vente subséquente. Aux usines de pasteurisation, les inspecteurs disposent du temps et des facilités indispensables pour accomplir leur travail avec soin.

Une fois admis à la pasteurisation, tout le lait subit d'abord un nettoyage: il est dirigé vers un appareil rotatif qui a pour fonction spéciale d'en extraire les grosses saletés, auxquelles, en France, les spécialistes du lait donnent le nom de "*boues*", celles-ci constituent la souillure ordinaire de tout lait cru, quelle que soit sa provenance ou son origine. La composition de cette boue est toujours du fumier, de la paille, du foin, des matières terreuses, et parfois du sang et du pus; elle entre dans une proportion de quelques onces à une livre dans chaque 1,000 livres de lait produit. Ce nettoyage du lait prépare celui-ci aux opérations qui vont suivre:

1o.—Le lait s'en va aux bassins dans lesquels s'effectue la pasteurisation proprement dite: il est chauffé à une température de 142° à 145°F. pendant trente minutes.

2o.—Puis du bassin de pasteurisation, il passe immédiatement au refroidisseur qui dans les quarante-cinq minutes qui suivent doit abaisser la température à au moins 45°F.; à partir de cet instant il est maintenu à cette basse température jusqu'au moment de la livraison aux consommateurs.

3o.—Du refroidisseur le lait est dirigé vers l'embouteillage; la mise en bouteilles et leur fermeture se font mécaniquement.

4o.—Enfin, le lait est envoyé dans la chambre de réfrigération dans laquelle il est conservé à très basse température et d'où il ne sortira que pour sa distribution aux consommateurs. Les voitures de livraison du lait pasteurisé ne servent pas à d'autre fin, et son réfrigérées.

Tous les appareils utilisés dans chaque usine pour ces différentes opérations, de même que les conduites (tubulures), etc., sont nettoyés, lavés, rincés, puis stérilisés au moyen de solutions antiseptiques spéciales et surtout par la vapeur d'eau. Toutes les opérations sont d'abord dirigées par des techniciens avertis qui savent que les propriétaires des usines dont ils dépendent, ont pour premier intérêt de délivrer un lait d'excellente qualité au point de vue sanitaire. Elles sont en outre surveillées par les inspecteurs de la section du lait et contrôlées par des analyses bactériologiques afin d'en assurer la plus parfaite efficacité.

En passant, nous désirons attirer l'attention sur le fait qu'une surveillance aussi complète et surtout aussi rigoureuse ne peut pas être faite pour l'approvisionnement du lait non pasteurisé qui entre dans la ville. Comme on le voit, la seule inspection du lait avant la pasteurisation ne donne pas, par elle-même, au consommateur la protection réelle à laquelle il a droit; et, pour compléter cette barrière de protection indispensable, dont nous avons fait mention précédemment, il faut ajouter au service d'inspection du lait que nous avons déjà, ce qui nous manque, la pasteurisation: inspection et pasteurisation sont inséparables.

En effet, la pasteurisation faite selon les données scientifiques modernes, actuellement établies avec une précision mathématique bien connue, donne un lait qui ne présente aucun danger de maladies contagieuses et infectieuses pour l'organisme humain. Or, la technique de la pasteurisation telle que mise en pratique dans les six établissements actuellement en opération dans notre ville, sous la surveillance de la section de l'inspection du lait, nous donne ce résultat. Nous ne saurions trop appuyer sur ce point. Aucun service d'inspection, si parfaitement organisé qu'il soit, ne peut empêcher les germes des maladies d'arriver au consommateur par l'intermédiaire du lait cru. Celui-ci a toujours été et est encore aujourd'hui le véhicule le plus favorable à un grand nombre d'infections. Cette preuve est si bien faite aujourd'hui, que le *lait certifié* d'il y a quelques années est devenu du *lait pasteurisé.*

Par conséquent, nous recommandons aux autorités municipales d'adopter *un règlement décrétant qu'à l'avenir, tout le lait consommé dans les limites de la Cité de Québec, soit pasteurisé au préalable.*

En terminant, qu'il nous soit permis de répondre à quelques-unes des principales objections faites le plus souvent contre cette méthode de traitement du lait.

1o.—La pasteurisation, dit-on, modifie le *goût du lait,* lui donne un goût de *"cuit"*. Les nombreuses observations et expériences faites à ce sujet ont démontré qu'il est impossible par le goût de distinguer le lait cru du lait pasteurisé; et d'ailleurs, serait-il possible de les différencier par le goût, l'un de l'autre, il n'en reste pas moins vrai que le premier n'est pas dangereux pour la santé, tandis que le second peut certainement l'être, eut-il le meilleur goût du monde. Quant au goût "cuit", on sait parfaitement aujourd'hui que la technique actuelle de la pasteurisation bien faite, n'élève pas la température du lait à un degré qui lui donne

cette saveur particulière; celle-ci n'apparait que lorsque le lait est chauffé vers 165°., par conséquent à une température bien supérieure à celle de la pasteurisation. Enfin, le goût du lait variant d'un lait à l'autre, selon sa provenance, il a été jusqu'à présent impossible d'en définir la saveur normale, laquelle n'est qu'une question d'appréciation individuelle sans rapport aucun avec la santé.

2o.—La pasteurisation, nous a-t-on dit, c'est une excuse, un manteau dont on recouvre *le lait sale;* ce qui revient à dire que le lait pasteurisé est plus *malpropre* que le lait cru:—Cette affirmation, absolument gratuite, n'est basée sur aucun fait précis. Bien au contraire, nous avons montré que le producteur de lait est soumis à la même surveillance, que le lait soit destiné à la pasteurisation ou non, qu'à l'arrivée à l'usine de pasteurisation le lait sale, malpropre, trop vieux ou insuffisamment refroidi est confisqué et enlevé de la consommation future, tandis que le lait cru est apporté à la ville, distribué et consommé sans autre nettoyage et aussi, sauf quelques rares exceptions, sans que l'inspection puisse l'atteindre. Enfin, nous l'avons dit, le premier temps de la pasteurisation consiste à débarrasser le lait de ses grosses saletés toujours présentes dans tous les laits crus.

Dans le programme de contrôle du lait, il n'y a pas de place pour la pasteurisation d'un lait sale, et notre service actuel d'inspection et de contrôle s'efforce d'assurer que le lait destiné à la pasteurisation soit produit et manipulé sous de bonnes conditions sanitaires, comme le lait cru; il fait davantage et exige que le lait soit refroidi immédiatement après la traite, conservé à basse température et constamment bien protégé contre toute souillure jusqu'à son arrivée aux usines de traitement, comme l'autre: la différence, c'est que l'un est nettoyé avant d'être pasteurisé, tandis que l'autre ne l'est pas.

Enfin, en prenant comme base le facteur "protection" le lait pasteurisé, même s'il contenait quelque sédiment, doit être préféré à un lait cru parfaitement propre, mais peut-être dangereux pour la santé.

3o.—Une objection très bien vue et fort en vogue celle-là, parce qu'elle donne l'occasion à un grand déploiement de connaissances scientifiques dont se font gloire ceux qui le soutiennent, c'est celle qui porte sur le fait que les vitamines contenues dans le lait cru sont affectées d'une façon préjudiciable, par le chauffage.

Au point de vue médical seul, l'objection ne présentant pour nous aucun autre intérêt, la question n'est pas de savoir si les vitamines sont détruites par la chaleur de la pasteurisation, mais bien au contraire de savoir d'abord et surtout, si le lait cru est un aliment capable de fournir à l'organisme humain et en quantités suffisantes les vitamines indispensables à sa nutrition, à sa croissance, à ses activités et à sa santé? Il y a longtemps que la médecine sait et dit à qui veut l'entendre, qu'un régime alimentaire, exclusif et suffisamment prolongé au lait cru ne fera pas vivre son homme, si celui-ci est un adulte, encore moins si le sujet est un enfant ou un nourrisson, pour la bonne raison que le lait cru ne contient pas en quantités suffisantes les vitamines dont l'organisme humain a besoin à tous les âges de la vie.

C'est la même médecine, plus récente il est vrai, parce qu'elle appartient à l'époque pastorienne, qui défend strictement au médecin (nous

SCOLASTICAT-ÉCOLE NORMALE
8360 CH. STE-FOY
QUEBEC, P.Q.

devrions plutôt dire à toutes les mères conscientes de leurs responsabilités) de nourrir un bébé exclusivement au lait de vache cru à moins de vouloir sa mort. Médecins et hygiénistes sont d'accord à ce sujet et tous reconnaissent que la réduction de la mortalité infantile a été obtenue, partout ailleurs comme chez nous, par le retour à l'alimentation maternelle et, dans les cas de nécessité absolue, par l'usage du lait de vache, non pas cru, mais chauffé à une température bien supérieure à celle de la pasteurisation (méthode Soxhlet).

C'est la même médecine, mais encore un peu plus récente cette fois, qui fait au médecin un devoir professionnel impérieux d'introduire, dès les premiers mois de la vie, dans la diète des bébés, quelle que soit leur alimentation, des jus de fruits ou de légumes, de l'huile de foie de morue afin de leur fournir les vitamines dont ils ont besoin. Egalement pour les enfants plus âgés et les adultes: ce n'est pas le lait cru seul qui leur fournira les vitamines indispensables à tout âge, mais bien plutôt la variété des aliments frais tels que des pommes de terre ou autres légumes, des fruits frais, un peu de poisson, etc. Et cela, toujours pour la même raison énoncée précédemment que le lait cru est déficient en vitamines, déficience à laquelle tout médecin compétent doit et peut facilement remédier aujourd'hui. Cette déficience est antérieure à la pasteurisation.

4o.—D'autres soutiendront que la pasteurisation n'est pas *infaillible*, parce qu'elle peut être faite avec *négligence*: Nous leur répondrons que si le lait soumis à la pasteurisation est encore considéré comme dangereux, ou contient des microbes pathogènes, c'est qu'il n'a pas été pasteurisé. On ne peut blamer le procédé, mais plutôt l'élément humain qui intervient par sa négligence dans son application. Le lait est pasteurisé ou il ne l'est pas. C'est pourquoi le service de l'inspection du lait surveille avec tant de soin, comme nous l'avons dit, la marche des différentes opérations depuis le début jusqu'à la fin.

Les objections que nous venons de passer en revue ne modifient en rien l'opinion émise plus haut, à savoir que: la pasteurisation de tout le lait consommé dans la ville de Québec est la méthode à adopter pour protéger la santé de toute la population, et notre Comité manquerait gravement à son devoir s'il ne faisait cette recommandation aux autorités civiques.

(b) Contrôle de l'eau de boisson

En étudiant les nombreux rapports faits depuis *vingt-cinq ans* au sujet de l'approvisionnement en eau de boisson pour la cité de Québec, par des hygiénistes et des ingénieurs officiels et étrangers, mais tous de compétence indiscutable, nous constatons, qu'à part la chloration qui a été pour ainsi dire imposée par les autorités fédérales, rien n'a été fait pour mettre en pratique les recommandations des experts qui faisaient partie des nombreuses commissions nommées au cours de cette période. Evidemment, les problèmes, même ceux d'importance vitale, ne se règlent pas vite "au pays de Québec, où rien ne change," comme nous avons pu le constater encore au cours des dernières années lorsqu'il s'est agi de la construction d'un incinérateur pour une ville de 150,000 âmes et ayant 330 ans d'existence.

L'eau qui alimente la cité de Québec est puissé dans la rivière Saint-Charles, à Loretteville, à 9½ milles environ de l'embouchure du lac Saint-Charles. La superficie du bassin de drainage au-dessus du point de dériva-

tion est de 142 milles carrés. Ce bassin est très accidenté, surtout dans sa partie supérieure et le sol est plutôt sablonneux.

Les principaux tributaires de la rivière Saint-Charles sont la rivière Huron qui en constitue la tête; la rivière Jaune et la rivière Grand Désert. Il y a plusieurs lacs qui alimentent ces tributaires; le lac Saint-Charles est un élargissement de la rivière Saint-Charles.

Le bassin de la rivière est encore boisé sur une grande partie de sa superficie. La partie déboisée sert à l'agriculture et les forêts fournissent du bois de pulpe et du bois de chauffage. La population totale est d'environ 4,000 habitants, mais les résidents d'été portent ce nombre à plus de 6,000.

L'eau de la rivière Saint-Charles a les caractères variables des eaux de rivières. Elle est trouble aux époques de ruissellement occasionné par les fortes pluies ou la fonte des neiges. Elle a une teinte jaunâtre qui devient plus prononcée quand les endroits marécageux sont inondés; elle est douce à cause de la formation géologique du bassin.

L'eau brute de la rivière Saint-Charles a été analysée régulièrement depuis un grand nombre d'années. De même l'eau brute et l'eau chlorée font actuellement le sujet d'examens quotidiens aux laboratoires de la cité, examens confirmés régulièrement aux laboratoires du Ministère de la Santé.

Le résultat de ces examens a toujours démontré que l'eau brute de la rivière Saint-Charles contient un grand nombre de bactéries, nombre qui diminue en hiver, et aussi un nombre trop considérable de coli-bacilles, ce qui indique la contamination par des déjections intestinales provenant des hommes ou des animaux.

Les autorités fédérales ayant juridiction sur la qualité de l'eau de boisson fournie aux passagers par les compagnies de transport par eau et par chemin de fer, ont dû avertir les compagnies intéressées d'avoir à prendre ailleurs leur approvisionnement d'eau, à moins que l'eau de Québec soit au moins chlorée efficacement, ce qui a été fait. Par conséquent, la population de Québec en a profité au point de vue de la protection de la santé, mais c'est surtout pour une raison purement commerciale et monétaire que cette amélioration a été obtenue.

Avant la chloration et même depuis, le Département de la Santé de la cité de Québec, par une inspection continuelle, empêche les souillures les plus grossières, mais il ne peut prévenir celles qui sont inhérentes à tout territoire habité et qui proviennent de l'usage normal de ce territoire. Les hygiénistes admettent qu'une rivière qui traverse des régions habitées, lors même qu'elle ne reçoit pas directement des eaux d'égouts, ne peut pas fournir une eau potable à moins que cette eau soit traitée au préalable. La rivière Saint-Charles et ses tributaires traversant des régions habitées, il est impossible d'empêcher que l'eau ne soit souillée par la population qui habite leurs bassins.

Les modes de traitement employés pour améliorer les eaux d'alimentation peuvent être divisés en deux grandes classes: ceux qui utilisent les agents naturels et ceux qui ont recours à des moyens artificiels.

Les eaux de rivières qui sont emmagasinées dans des barrages-réservoirs ou dans des lacs se purifient par sédimentation, par l'action des rayons solaires et surtout parce que les germes n'y trouvent pas des

conditions favorables à leur développement. Ceci exige *une période de rétention d'au moins plusieurs semaines.*

Il serait possible, sinon pratique, d'obtenir un tel emmagasinement dans le lac Saint-Charles, comme la chose est préconisée par les adversaires de la filtration, mais alors le bassin d'alimentation serait réduit à *66 milles carrés,* soit 45% du bassin actuel.

Nous savons que la consommation d'eau à Québec dépasse actuellement 35 millions de gallons, alors que la normale ne devrait pas dépasser 20 millions, ce qui donnerait 130 gallons par tête. En admettant que les travaux nécessaires seraient faits pour éliminer le plus possible cette perte inutile dans les tuyaux d'amenée ou dans le système de distribution de la ville, il nous faudrait tout de même compter, pour les besoins actuels et futurs, sur un approvisionnement quotidien d'environ 30 millions de gallons.

Pour obtenir du lac Saint-Charles un volume de 30 millions de gallons d'eau par jour, soit près de onze billions de gallons par année, il faudrait emmagasiner toutes les eaux du printemps, ce qui exigerait un barrage très élevé à la sortie du lac et augmenterait plusieurs fois sa superficie. Ceci nécessiterait de nouvelles expropriations très couteuses, si nous en jugeons par le coût des terrains déjà acquis, sans tenir compte du coût du barrage.

Il nous semble logique de prétendre que le volume d'eau qui pourrait ainsi être obtenu ne serait pas suffisant, même pour les besoins actuels, puisqu'en temps de sécheresse le bassin d'alimentation actuel de 142 milles carrés suffit à peine. De plus, il ne faut pas oublier de considérer le coût final de ce réservoir naturel, celui du barrage et surtout celui de la canalisation nécessaire pour amener cette eau dans les conduites d'adduction actuelles, en tenant bien compte de la nature du terrain à parcourir et surtout du fait que la dénivellation qui existe entre la sortie du lac Saint-Charles et la prise d'eau actuelle, est *très faible.*

En résumé, avant de pouvoir considérer un tel projet, il faudrait naturellement que nos autorités municipales, à la suite de rapports faits par des experts de compétence indiscutable, soient convaincues:

1o.—Que ce bassin d'alimentation de 66 milles carrées pourra fournir la *quantité* d'eau requise, pour les besoins actuels et futurs.

2o.—Que cette eau sera claire, limpide et exempte de toute contamination possible.

3o.—Que le coût total du projet ne sera pas prohibitif, comparé au coût d'un filtre rapide à la prise d'eau actuelle.

Les modes de traitement qui utilisent des *moyens artificiels,* sont la stérilisation et la filtration. La stérilisation est généralement obtenue à l'aide du chlore à l'état gazeux. Ce procédé est très répandu en Amérique et on l'emploie même après la filtration, comme mesure de sûreté additionnelle, à cause de son faible coût. Il est efficace quand les eaux sont limpides, mais son efficacité diminue dès que les eaux sont troubles. Il n'enlève ni la couleur, ni le trouble dans l'eau. Pour ces raisons, il est très employé, comme mesure d'urgence, en attendant que l'eau soit soumise à un traitement plus complet.

La filtration de l'eau consiste à faire passer l'eau à travers une couche de sable à un taux déterminé. Il existe deux genres de filtration:

la filtration lente et la filtration rapide. La filtration lente est peu employée dans les régions froides, car elle exige de très grands bassins qu'il faut recouvrir. La filtration rapide nécessite un traitement préliminaire à l'aide du sulfate d'alumine, mais permet de filtrer l'eau à un taux 40 fois plus élevé que dans la filtration lente. Ce procédé convient mieux à notre climat et il est plus efficace pour le traitement des eaux troubles et colorées. Pour ne citer que quelques grandes villes, Montréal, Détroit, Buffalo et Cleveland possèdent des filtres rapides. Nous en avons aussi plusieurs dans notre Province: Sillery, Lévis, Nicolet, St-Hyacinthe, Trois-Rivières, etc., etc.

Une usine de filtration du type rapide permettrait d'enlever de l'eau de la rivière Saint-Charles les matières qui la rendent trouble, les substances qui lui donnent une teinte jaunâtre et les germes qu'elle contient. Ce procédé permettrait de donner à l'eau qui alimente la cité de Québec, tous les caractères d'une eau potable, et ce en tout temps de l'année. Une telle usine pourrait être établie dans le voisinage de la prise d'eau actuelle.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, pour subvenir aux besoins *normaux* présents et futurs, une usine d'une capacité de 30,000,000 de gallons par 24 heures, serait suffisante. Une usine "honnête" d'une telle capacité, c'est-à-dire construite économiquement, ne devrait pas dépasser le coût de $750,000.00, conformément aux données des ingénieurs qui ont étudié le problème. Les frais d'entretien annuels, comprenant les produits chimiques, la main d'oeuvre, l'énergie électrique, l'intérêt et l'amortissement du capital investi seraient d'après les mêmes ingénieurs de $110,000.00 environ. Si les chiffres qui nous ont été donnés sont exacts, au sujet de l'évaluation municipale totale actuelle, *l'augmentation* de la taxe d'eau ne dépasserait pas 5 à 7 sous par $100.00 d'évaluation, pour assurer une telle sécurité à toute la population et aussi à nos nombreux touristes qui s'informent de plus en plus de la qualité de notre eau et de notre lait, avant de venir à Québec.

Après avoir bien étudié le problème sous tous ses aspects et considérant l'opinion des nombreux experts qui ont signé les rapports des Commissions nommées depuis vingt-cinq ans pour l'étudier, nous sommes unanimement d'avis que la solution la plus pratique en même temps que la plus économique serait la construction d'un filtre de type rapide, à la prise d'eau actuelle, pourvu que les mesures nécessaires soient prises auparavant pour réduire au minimum la déperdition d'eau considérable qui existe actuellement.

Sous cette rubrique du contrôle de l'eau de boisson, il nous faut aussi signaler le problème du contrôle de la glace. Ce contrôle est fait régulièrement aux laboratoires du Département de la Santé sur des échantillons de glace prélevés aux endroits où les marchands désirent faire leur récolte. Conformément au règlement municipal, aucun permis n'est accordé si l'examen des échantillons n'a pas démontré la pureté du produit. De plus, la coupe de la glace et son emmagasinement dans les glacières sont sous la surveillance constante des inspecteurs du Département, afin d'assurer la protection du public consommateur. Ces mesures de protection sont absolument nécessaires si l'on tient compte du fait que la plus grande partie de la glace consommée à Québec est récoltée sur le fleuve Saint-Laurent, lequel reçoit les eaux d'égout de la ville.

Comme corollaire à cette étude, nous désirons soumettre quelques considérations au sujet des piscines de natation. Il en existe un certain

nombre à Québec, pour le plus grand bien de la population qui les fréquente de plus en plus. C'est la raison pour laquelle elles doivent être surveillées avec soin, afin qu'un exercice aussi salutaire ne devienne pas un danger pour la santé des personnes qui les utilisent. Ces bassins de natation existent actuellement au Séminaire de Québec, au Palais Montcalm, au Winter Club, aux édifices Y.M.C.A. et Y.W.C.A. Au cours de la saison d'été, nous avons en plus le bassin naturel de natation de la plage de l'Anse-au-Foulon et les piscines de l'Oeuvre des Terrains de jeux. Tous ces endroits sont maintenant contrôlés régulièrement quant à la propreté générale, mais c'est surtout par l'excellent travail de nos laboratoires de chimie et de bactériologie que nous surveillons continuellement la qualité de l'eau des piscines, afin d'en assurer la stérilisation aussi parfaite que possible, dans le but de protéger la santé des baigneurs en éloignant tout danger d'infection. Il nous est agréable de constater que la piscine du Séminaire de Québec est très bien organisée et son fonctionnement donne des résultats toujours satisfaisants. Il en est de même maintenant pour celles du Palais Montcalm et du Y.W.C.A. grâce à la coopération efficace des personnes qui en ont la direction. Quant à celles du Winter Club et du Y.M.C.A., il y a encore des progrès à réaliser et certaines améliorations à effectuer, mais nous savons que les intéressés en comprennent toute l'importance et qu'avec le temps le fonctionnement sera normal.

La plage de l'Anse-au-Foulon est très fréquentée au cours de la belle saison, malgré tous les dangers qu'elle présente pour la vie des baigneurs au point que la Ligue de sécurité a dû y établir en permanence une équipe de sauvetage. Le danger n'est pas moins grand au point de vue de la santé des nombreux baigneurs vu que l'eau du fleuve est fortement contaminée par les égouts de la ville, surtout à la marée montante, alors que cette plage est plus achalandée. C'est ce qui a été démontré par une série d'examens sur des échantillons d'eau prélevés à différents endroits plus ou moins éloignés du rivage, en tenant compte de la marée. Considérant l'engouement irraisonné de la foule pour cette plage, il serait bien difficile pour les autorités d'en interdire l'accès malgré le danger constant qu'elle présente pour la vie des baigneurs, qu'il faut forcément protéger contre eux-mêmes. Il est cependant de notre devoir d'ajouter que l'endroit est en outre dangereux pour la santé publique à cause de la qualité de l'eau, sans tenir compte du fait qu'il est illogique de prétendre que la baignade dans des eaux d'égout soit bienfaisante.

Le problème serait d'une solution plus facile pour les piscines des terrains de jeux où de nombreux baigneurs se succèdent d'heure en heure, pendant toute la journée et même le soir, au cours de la période des vacances de l'été. Afin de prévenir la contagion et assurer à tous ceux qui fréquentent les terrains de jeux la protection à laquelle ils ont droit, puisqu'ils vont y chercher la santé et non la maladie, il faudrait nécessairement y installer les appareils nécessaires pour assurer en tout temps la stérilisation de l'eau des piscines, continuellement contaminée par l'usage intensif qu'on en fait. Les directeurs de l'Oeuvre si nécessaire des terrains de jeux savent à quoi s'en tenir au sujet du "Mens sana in corpore sano" et ils réalisent aussi que la santé morale et la santé physique sont des soeurs jumelles, pour ne pas dire siamoises. Connaissant leurs bonnes dispositions et l'intérêt qu'ils portent aux milliers d'enfants dont ils doivent assurer le développement physique, moral et intellectuel, nous avons confiance qu'ils n'hésiteront pas à prendre les mesures nécessaires pour

remédier à une situation qui pourrait, à un moment donné, compromettre le succès d'une oeuvre aussi utile.

(c) Contrôle de la viande

Entrepôts frigorifiques.—Abattoirs.—Viandes foraines.—
Marché public.—Viandes travaillées (charcuteries).—
Etaux de bouchers.

Entrepôts frigorifiques:

La viande qui arrive dans nos entrepôts frigorifiques provient de sources différentes et ne subit pas le même contrôle uniforme: Une partie de la viande, celle de boeuf tout spécialement qui nous vient de l'ouest canadien, a subi, au moment de l'abattage l'inspection faite par les inspecteurs vétérinaires du gouvernement fédéral et l'estampille qu'elle porte nous est une garantie de sa bonne qualité au point de vue sanitaire. Nous avons ainsi lieu d'être satisfaits de la surveillance par laquelle elle a passé.

Une autre partie (boeuf, porc, agneau, veau, etc.) provient des cultivateurs de la région de Québec: à son arrivée les propriétaires des entrepôts frigorifiques en apprécient eux-mêmes la valeur et, au besoin, ont recours à l'inspecteur de la ville pour confisquer les pièces qui leur paraissent douteuses. La surveillance exercée cette fois n'est pas complète.

Abattoirs:

Deux abattoirs, récemment construits, sont situés près des limites de la ville, dans des endroits isolés; ces deux établissements apportent une heureuse innovation dans le service de l'inspection des viandes abattues dans notre ville: un médecin-vétérinaire, inspecteur du département fédéral de l'Agriculture est attaché à chacun de ces deux établissements et fait l'inspection des animaux au moment même de l'abattage. L'inspection des viandes est complète et nous avons lieu d'être satisfaits de la surveillance exercée spécialement dans ces deux établissements, sans qu'il en coûte un centin à l'administration municipale de la ville. Par leur aménagement et par leur importance ces deux abattoirs sont de tout premier ordre.

Six autres abattoirs de dimensions moindres, présentant des conditions sanitaires satisfaisantes, sont situés dans la ville; trois inspecteurs municipaux sont chargés de faire l'inspection des animaux au moment de l'abattage. Or, l'abattage se faisant presque toujours en même temps dans chacun de ces établissements, il est impossible que les inspecteurs municipaux soient présents à chaque endroit. De sorte que le contrôle de la qualité sanitaire de la viande par l'inspection des animaux abattus ne peut être complet.

Viandes foraines:

En outre, une grande quantité de viande foraine, abattue, dépecée, avec tous ses sous-produits, naturels ou préparés, est apportée par les cultivateurs de l'extérieur, au marché public de la ville et est ainsi vendue aux consommateurs locaux, sans le contrôle d'une inspection complète et sérieuse. Au marché, les viandes sont exposées à la pluie, au soleil, aux poussières, et très souvent disposées et présentées dans de mauvaises conditions sanitaires. L'inspecteur municipal ne peut pas reconnaître les viandes provenant d'animaux malades parmi ces viandes foraines.

Nous recommandons la construction, le plus tôt possible, d'un marché public central bien aménagé pour le commerce de toutes ces viandes foraines. Quant à leur contrôle général, il faudrait, pour y arriver, avoir recours à l'un ou l'autre des systèmes suivants: ou, faire abattre les animaux dans les différents abattoirs actuellement en opération dans la ville; ou, centraliser, dans un avenir assez rapproché l'abattage de tous les animaux forains dans un seul abattoir. Cela permettrait à la ville d'organiser l'inspection complète au moment de l'abattage de toutes les viandes consommées par la population.

Marché public:

Le marché actuel ne présente pas les conditions de salubrité qu'il devrait offrir aux cultivateurs et à leurs denrées. Il est trop restreint, les produits y sont exposés sous des installations de fortune qui ne les protègent pas contre la pluie, ni contre les poussières, ni contre la chaleur; puis le nettoyage de toute la superficie du marché, dans l'état actuel, ne peut être fait ni facilement, ni rapidement.

Il faut cependant mentionner que ce marché est pourvu de latrines publiques, dont l'entretien, à la charge d'un gardien, est de tout premier ordre, malgré la diversité de la population considérable qui les fréquente. Ce résultat obtenu dans un endroit public prouve bien que les mêmes bonnes conditions sanitaires peuvent être réalisées, partout où une surveillance suffisante sera exercée.

Viandes préparées (charcuteries):

Cette industrie des produits alimentaires dérivés de la viande est très développée dans notre ville: elle comprend actuellement des établissements de toute nature, depuis ceux appartenant à la grande industrie commerciale moderne jusqu'à ceux de la petite industrie domestique et familiale; entre ces deux extrêmes, on trouve la plus grande variété d'établissements, tant par leur nature que par les conditions sanitaires observées.

Sans approfondir davantage, pour le moment, cette question fort complexe en elle-même, nous ne saurions trop recommander la surveillance très assidue qui devra être exercée en ce qui concerne la salubrité des locaux, la propreté des appareils utilisés et la qualité des matières premières employées dans cette industrie très spéciale de l'alimentation; car les visites que nous avons faites dans quelques-uns de ces établissements, nous ont permis de constater des lacunes aussi importantes que fréquentes.

Pour avoir des résultats pratiques d'un service d'inspection dans ce genre d'industrie, les visites doivent y être faites d'une façon régulière et être surtout fortement secondées par l'autorité sanitaire supérieure compétente et par des sanctions, si les circonstances l'exigent, afin d'obtenir non seulement des améliorations qui demandent beaucoup de temps, mais aussi des mesures immédiates d'assainissement.

Les compagnies qui non seulement entreposent des denrées alimentaires mais joignent à leur commerce la fabrication de la charcuterie, nous semblent très soucieuses de faire observer par leurs employés la propreté la plus méticuleuse au cours des diverses opérations afin de ne mettre sur le marché que des produits sains; l'une d'elles, en particulier, ainsi que nous avons pu le constater, pousse ce souci jusqu'au point d'établir, par

des analyses bactériologiques fréquentes, la valeur sanitaire exacte des méthodes et des matières premières employées.

Etaux de bouchers:

Les quelques visites que nous avons pu faire dans différents étaux, nous ont convaincus que leurs propriétaires ont le souci de présenter dans de bonnes conditions sanitaires la viande et la charcuterie offertes en vente au public. La seule remarque que nous croyons devoir faire dès maintenant, c'est que les dépendances dans lesquelles se fabrique la charcuterie ne sont pas toutes tenues dans les mêmes bonnes conditions de propreté; de même aussi, les appareils et les ustensiles utilisés ne sont pas toujours nettoyés après chaque opération. Encore ici, une surveillance aussi régulière que possible est seule susceptible d'apporter des améliorations. N'oublions pas que la propreté n'a jamais exigé des capitaux considérables, et cependant, en autant que la fabrication des produits alimentaires de la charcuterie est concernée, c'est elle qui assure le succès des affaires.

(d) Sanitation générale

Système d'égout:

La Cité de Québec possède pour la collection des eaux usagées un système de canalisation pratiquement complet, les puisards et fosses septiques étant en très petit nombre, si nos renseignements sont exacts, contrairement à la situation qui existe dans un grand nombre de villes aussi importantes que la nôtre, quant à la superficie, la population, etc.

Là où notre problème se complique, c'est quand il s'agit de la disposition de ces eaux usagées. Une partie est déversée, sans traitement préalable bien entendu, directement dans le fleuve Saint-Laurent, ce qui n'a présenté jusqu'à date qu'un inconvénient relatif, étant donné le volume d'eau considérable et les mouvements réguliers de la marée. L'autre partie atteint aussi le fleuve mais par l'intermédiaire de la rivière Saint-Charles, de sorte qu'à marée basse les émissaires d'égout sont à découvert et constituent comme résultat une nuisance qui est loin d'être désirable pour les riverains.

Le problème d'un grand égout collecteur pour règler cette question est à l'étude depuis plusieurs années et il faut espérer que cette amélioration si désirable au point de vue de la santé publique sera bientôt réalisée.

Propreté des rues, ruelles, cours, courettes, places publiques, etc:

Nous n'avons pas l'intention d'insister longuement sur ce sujet, mais il nous faut bien faire acte d'humilité et avouer franchement que notre ville, malgré ses beautés naturelles, n'a pas tout le cachet qui devrait lui appartenir, à cause de sa toilette trop souvent négligée. Il suffit d'observer même superficiellement pour constater l'amoncellement de déchets de toutes sortes dans les cours, courettes, ruelles et surtout sur les rues et trottoirs. Nous admettons que le Département des travaux publics est à la hauteur de la situation, mais nous ne croyons pas qu'il puisse raisonnablement et économiquement accomplir une telle tâche si chaque citoyen ne possède pas assez d'esprit civique pour faire sa part. Comme il s'agit encore d'éducation, il nous semble que le Département de la Santé publique, avec la coopération de la Commission d'urbanisme et de certains corps

publics, serait l'organisme tout désigné pour entreprendre une campagne qui devrait donner le résultat désiré, en permanence, ce qui nous dispenserait de la triste obligation d'avoir à faire un grand ménage chaque fois qu'il nous arrive de recevoir de la "grande visite."

Enlèvement et disposition des déchets:

Heureusement qu'après plusieurs années de discussions aussi stériles que savantes, la nouvelle administration municipale a enfin règlé la fameuse question de l'incinérateur. Il faut admettre qu'une telle amélioration s'imposait pour une ville de 150,000 âmes, ayant 330 années d'existence. Il faudrait maintenant compléter la solution de ce problème en modernisant l'enlèvement des déchets, ce qui contribuerait aussi à assurer la propreté des rues. Il y aurait lieu d'en profiter pour faire respecter le règlement municipal concernant l'enlèvement des vidanges, dont les articles 3 et 4 se lisent comme suit:

"3—Les vidanges seront déposées dans des *réceptables convenables et acceptés par l'ingénieur de la Cité,* etc.

"4—*Les réceptables seront placés dans les cours,* aussi près que possible de la porte de cour, ou dans tout autre endroit le plus facile d'accès, *mais il ne devra pas être mis de réceptacles sur les rues."*

Hôtels, restaurants, salles à manger, tavernes:

Il n'existe pas d'inspection systématique et suivie des hôtels, restaurants, salles à manger et tavernes par les inspecteurs du Département de la Santé publique. C'est évidemment un problème important au point de vue de la protection de la santé publique. Il faudrait surtout surveiller avec soin les tavernes et attacher une importance spéciale à la désinfection de la verrerie, le système employé actuellement étant défectueux et susceptible de transmettre, par contagion, des maladies sérieuses.

Boulangeries:

Le pain consommé dans la ville de Québec est fourni par cinquante-trois boulangeries situées dans la ville et quinze établissements situés en dehors de son territoire.

Un seul inspecteur, sous le contrôle du Département de la Santé publique a la responsabilité de faire l'inspection et la surveillance des cinquante-trois boulangeries situées dans la ville. En plus de ce service, le même inspecteur doit aussi faire l'inspection de toutes les pâtisseries et confiseries et faire tout le travail que nécessite l'application du règlement municipal concernant le poids du pain. A notre avis le travail exigé de ce seul inspecteur est beaucoup trop considérable pour obtenir une surveillance efficace. Aussi bien, les conditions sanitaires sont-elles fort au-dessous de la normale dans certains établissements.

Nous croyons devoir faire remarquer immédiatement que la ville de Québec n'a aucune règlementation concernant ce genre d'établissements; elle utilise tout simplement les règlements sanitaires provinciaux existants qui n'exigent qu'un minimum de salubrité. Il n'y a aucun doute que le Département de la Santé publique de la ville et ses inspecteurs seraient en meilleure position auprès des intéressés (boulangers, confiseurs, pâtis-

siers, etc.) s'ils avaient à faire observer les règlements de la Cité de Québec, et non pas ceux de la Province.

Bien que des améliorations très importantes aient été effectuées dans plusieurs établissements que l'on peut considérer actuellement comme étant de tout premier ordre au point de vue sanitaire, il y a cependant encore un trop grand nombre de boulangeries dans lesquelles l'éclairage est insuffisant, dont le local trop étroit est cause d'encombrement et rend le nettoyage plus difficile, sinon tout-à-fait impossible. La plupart de ces boulangeries sont situées soit dans des caves, soit dans des sous-sols et leurs conditions sanitaires sont moins que salubres. Le travail à faire pour obtenir l'assainissement de ces établissements est encore considérable.

Distribution du pain:

Le pain, bien que cuit à une température d'environ 400° à 450° F., et par conséquent sans microbes au sortir du four, reste exposé ultérieurement, au cours des manipulations à la boulangerie même et au cours de sa distribution aux consommateurs, à de si multiples causes de contamination, que nous ne saurions trop vous recommander l'adoption d'un règlement enjoignant que tout le pain distribué dans la ville de Québec soit enveloppé à l'avenir.

Tout récemment, un de nous s'est trouvé en présence du fait suivant: Un distributeur, portant un pain sur son bras, sort d'une maison; il glisse et échappe son pain qui s'en va rouler un peu plus loin sur le trottoir; il le remasse et le jette dans sa voiture au milieu d'autres pains non enveloppés qui s'y trouvaient déjà. Ce pain souillé dans sa chute a certainement souillé ceux avec lesquels il est venu en contact. Or, supposons pour un instant qu'en roulant sur le trottoir le pain soit venu en contact avec un crachat provenant d'un tuberculeux (et ils ne sont pas rares les crachats tuberculeux, sur les trottoirs dans nos rues) voilà autant de pains qui vont porter la contagion tuberculeuse dans plusieurs familles. Que dans l'une ou l'autre de ces familles il se trouve un enfant en plus ou moins bonne santé, faible, anémique, sans résistance aux infections, la tuberculose se développera facilement dans son organisme tout préparé à faire la maladie, mais jusqu'à ce jour demeuré indemne parce que loin de toute contagion.

Depuis longtemps déjà quelques fabricants de produits farineux ont pris d'eux-mêmes l'initiative d'envelopper certains produits spéciaux; cet enveloppement est non seulement leur meilleure réclame auprès du public consommateur, mais il démontre aussi qu'ils sont prêts à accepter la mise en vigueur d'un règlement de cette nature pour la distribution du pain. En effet, tout récemment, le propriétaire d'une de nos principales boulangeries préconisait publiquement cette mesure pour la protection collective des consommateurs de la ville.

Enfin, il ne faudrait pas oublier que dans un grand nombre de villes canadiennes, grandes et petites, un règlement de cette nature est en vigueur et bien observé depuis plusieurs années déjà, à la grande satisfaction des contribuables dont la santé est ainsi protégée, sans que le coût du produit ait été augmenté.

Confiseries:

L'industrie des sucreries a subi un développement assez considérable dans ces dernières années. Certains propriétaires de confiseries ont fait un

très louable effort pour installer leurs établissements dans des conditions des plus acceptables, tant au point de vue des opérations au cours de la fabrication, qu'au point de vue de la salubrité de la manufacture.

D'autres, au contraire, opèrent dans des conditions hygiéniques absolument déplorables qui ne devraient pas exister.

Si la population des consommateurs avait l'opportunité, comme c'était notre devoir de le faire, de visiter certains établissements où l'on fait des sucreries, vendues à bon marché, nous l'admettons, mais préparées dans les plus mauvaises conditions sanitaires qu'il soit possible de concevoir, elle cesserait certainement de consommer leurs produits et ne les visiterait pas deux fois.

La ville devra donner à ce genre d'industrie une règlementation adéquate et une surveillance efficace afin d'obtenir l'assainissement des établissements qui en ont le plus besoin.

CHAPITRE VIII

Habitation et urbanisme

L'URBANISME, si nous en avons une conception assez exacte, est à la fois l'art et la science de l'aménagement rationnel d'un territoire quelconque, dans le but d'assurer à l'agglomération humaine qui doit l'habiter le maximum possible de bien-être physique, social, moral et intellectuel.

L'urbanisme a fait, depuis cinquante ans, des progrès remarquables dans un grand nombre de pays d'Europe, notamment en France, en Allemagne et en Italie, mais c'est sans contredit l'Angleterre qui s'est placée au premier rang dans ce domaine.

Les premiers développements modèles ont été réalisés dans ce pays, par l'initiative privée, grâce à l'esprit philanthropique de quelques grands industriels, tels que Sir William Lever, plus tard Lord Leverhulme, le grand manufacturier de savons Sunlight, lequel créa de toutes pièces le premier village modèle "Port Sunlight," près de Liverpool. Son exemple fut suivi par M. Cadbury qui fonda, près de Birmingham, le village modèle de Bourneville, pour y loger les ouvriers de sa manufacture de chocolats. Vint ensuite la création de la banlieue-jardin modèle de Hampstead, près de Londres.

Ce sont ces réalisations pratiques qui inspirèrent un humble sténographe officiel, Ebenezer Howard, plus tard Sir Ebenezer Howard, lorsqu'il écrivit son fameux petit volume, publié en 1898, "Garden Cities of tomorrow" (Les Cités-jardins de demain). Il eut, à cause des idées nouvelles qu'il préconisait, un tel retentissement en Angleterre, que des amis influents de l'auteur décidèrent de réaliser sur place le projet élaboré dans ce volume, en créant de toutes pièces, à trente milles au nord de Londres, sur un terrain vierge de 3,500 acres, pour une population ne devant jamais dépasser 50,000 âmes, la première cité-jardin modèle: Letchworth.

Malgré les difficultés inhérentes à un tel projet, grâce à la tenacité et au sens pratique de ces anglo-saxons, le succès couronna leurs efforts à tel point qu'avant d'avoir complètement terminé cette première création, le développement d'une deuxième cité-jardin fut entrepris en 1920, à quelques milles plus près de Londres, à Welwyn.

Ce sont ces développements modèles complets et certains autres pour l'extension de villes anciennes que l'un des membres de notre Comité a eu l'avantage de visiter, afin d'étudier sur place et en détail la réalisation pratique des grands principes de l'urbanisme.

Les plus importants de ces principes préconisés par Sir Ebenezer Howard et maintenant acceptés par tous les urbanistes peuvent se résumer ainsi:

1o.—Les villes immenses et qui continuent à s'accroître, comme Londres, Glasgow, Liverpool, Manchester, etc., sont de graves erreurs à tous les points de vue, mais surtout au point de vue économique.

2o.—Puisque la ville et la campagne présentent toutes deux des avantages et des inconvénients nombreux, pourquoi ne pas construire des villes-jardins où se trouveraient réunis tous les avantages de la ville et de la campagne, sans leurs inconvénients?

3o.—Pour atteindre un tel but, il faut d'abord acquérir au prix agricole une superficie de terrain suffisante pour y loger, par exemple, une population ne devant jamais dépasser 50,000 âmes, à raison de 10 à 12 familles à l'acre. Au moins 10% du terrain doit être réservé à perpétuité pour des espaces libres, parcs et terrains de jeux.

4o.—Afin d'empêcher "l'unearned increment," c'est-à-dire les profits non gagnés, tout le terrain doit être concédé, dès le début, et au prix d'achat, à la communauté, c'est-à-dire à la population future. Les lots, suivant leur destination, doivent être loués pour 99 ou 999 ans, avec révision du prix de location tous les dix ans, de sorte que les bénéfices accrus du fait des améliorations faites par la communauté profitent à celle-ci, c'est-à-dire à tous, au lieu d'être réalisés par la spéculation d'un petit nombre.

5o.—En tenant compte des contours du terrain, un plan d'ensemble doit d'abord être préparé, indiquant les artères principales et secondaires et surtout les "zones" qui seront établies à perpétuité pour l'industrie, le commerce et les résidences. Chaque zone doit elle-même être subdivisée, par exemple pour la grande ou la petite industrie, ou pour les industries moins salubres; pour le grand et le petit commerce et enfin pour les différentes sortes de résidences: isolées, jumelles, groupes de trois ou quatre, édifices à logements multiples, etc.

Les cadres de ce rapport nous permettent d'indiquer seulement les grandes lignes de l'urbanisme intégral, mais il nous faut ajouter que ces premiers résultats en Angleterre ont eu pour effet d'éveiller et de former l'opinion publique à tel point que les autorités ont été amenées à se substituer à l'initiative privée afin de mettre en vigueur la législation nécessaire (Housing and Town Planning Acts) et d'accorder aux autorités locales les subsides indispensables pour leur permettre de remodeler surtout les grandes villes en faisant disparaître les quartiers insalubres, déclarés tels par les médecins-hygiénistes municipaux, pour les remplacer par des centres nouveaux développés conformément aux principes modernes de l'urbanisme.

Cette politique de haute portée sociale s'est surtout manifestée à la suite de la grande guerre, alors qu'il y avait pénurie de logements convenables et un nombre sans cesse croissant de taudis inhabitables. Grâce aux millions dépensés par le trésor anglais pour accorder des subsides destinés à combler l'écart entre le coût réel et le coût économique des nouveaux logements, des milliers et des milliers de familles anglaises de la classe moyenne et surtout de la classe ouvrière ont pu bénéficier, depuis vingt ans, de logements salubres, dont le loyer ne dépasse pas 1/5 à 1/4 du revenu des occupants, l'aménagement de ces nouveaux quartiers étant tout-à-fait conforme aux données modernes de l'urbanisme, quant à l'esthétique, l'hygiène, etc.

Au Canada, après la guerre, un projet relativement semblable, mais de moindres proportions, a été mis en marche lorsque les autorités fédérales ont mis un prêt de $25,000,000.00 à 5%, remboursable en vingt ans, à la

disposition des Provinces, proportionnellement à leur population, pour être prêté de nouveau par celles-ci aux municipalités intéressées.

Ce projet a donné des résultats satisfaisants dans certaines Provinces, surtout en Ontario, mais malheureusement les faits sont là pour prouver que dans notre Province, il en est résulté pour les municipalités un désastre à tous les points de vue, surtout au point de vue économique. Le microbe si virulent du patronage ayant été introduit dans cette oeuvre de si haute portée sociale, une grande partie de la part de $8,000,000.00 de notre Province, n'a servi qu'à enrichir momentanément les spéculateurs sur terrains et les marchands de matériaux de construction, au détriment des petits qui devaient être logés convenablement et des municipalités responsables en définitive du remboursement de l'intérêt et du capital investi. Nous connaissons trop le nombre de nos municipalités urbaines dont le crédit a été fortement ébranlé par cette aventure. A Québec, où il y avait tant à faire au point de vue de l'habitation et de l'urbanisme, un projet élaboré, mais trop honnête, préconisé par un groupe de nos citoyens les plus influents et désintéressés, a été mis de côté cavalièrement par les autorités municipales du temps, pour favoriser surtout un groupe de spéculateurs intrigants, avec le triste résultat que la génération actuelle doit payer pour cette aventure un déficit qui dépasse $650,000.00. Rien d'étonnant que la solution de notre problème de l'habitation et de l'urbanisme ait été considérablement retardée, pour ne pas dire irrémédiablement compromise.

Tout de même, un partie de la population s'intéresse tellement à ce problème d'importance vitale pour l'avenir de Québec, qu'à la suite d'une vigoureuse campagne de presse, les autorités provinciales et municipales du temps ont été amenées à créer pour la cité de Québec une Commission d'Urbanisme et de Conservation. Malheureusement, cet organisme dont le rôle à remplir est si considérable et si important, n'a pas de budget et surtout ses pouvoirs sont absolument limités.

Il est incontestable qu'une telle Commission est indispensable et qu'elle devrait disposer d'un budget annuel suffisant pour lui permettre d'atteindre son but, comme c'est le cas, depuis plus de trente ans pour la Commission des champs de bataille, qui a réussi à conserver et à embellir une partie si intéressante du territoire québécois.

Elle devrait aussi posséder, dans l'intérêt général bien compris, des pouvoirs très étendus afin de pouvoir résister victorieusement aux entreprises mesquines des vandales et des spéculateurs sur la vie humaine qui sont en train non seulement de tout enlaidir mais de rendre aussi notre ville absolument insalubre. Comme l'urbanisme a pour objet, en définitive, de conserver la vie et la santé de la population, en lui assurant tout le bien-être possible, il nous semble que le médecin-hygiéniste municipal devrait être ex-officio membre de cette Commission, à titre d'aviseur technique pour tout ce qui concerne l'hygiène et la salubrité.

Québec, la plus ancienne ville de l'Amérique possède un site incomparable et un cachet pittoresque qui n'est peut-être dépassé que par celui de Naples, avec sa baie splendide. Il importe donc, non pas d'en parler sans cesse, puisque tout a été dit et écrit depuis longtemps, mais de prendre les moyens pratiques nécessaires pour conserver ces beautés naturelles, ces trésors artistiques et ces antiquités, afin d'empêcher l'homme d'enlaidir et de détruire ce que la Providence a si bien fait. Il s'agit non seulement de contribuer par là au bien-être immédiat de toute la population, mais surtout d'assurer sa prospérité en mettant en pleine valeur la

plus grande industrie sur laquelle elle peut s'appuyer avec certitude: celle du tourisme. Bien dirigée et exploitée avec méthode, comme on le fait en Suisse, par exemple, elle pourrait assurer des revenus considérables à toutes les classes de la société, pendant toute l'année, de sorte que le capital investi pour atteindre cet objectif donnerait des revenus incalculables, sans tenir compte des répercussions favorables sur la santé et la vie des citoyens en général, ce qui a été amplement prouvé partout où les travaux nécessaires d'embellissement et d'assainissement ont été exécutés.

Nous profitons de l'occasion pour approuver entièrement les remarques judicieuses faites dernièrement par l'Honorable Frank Carrel, lorsqu'il a comparé ce qui a été fait dans la Virginie et ce qui pourrait être fait à Québec, même sans dépenser des millions.

Il est évident que l'oeuvre de l'homme à Québec contraste étrangement avec celle du Créateur. Notre ville avec toutes ses beautés naturelles s'est développée au petit bonheur, sans système et sans ordre, sans aucune considération pour l'intérêt général, chacun y cherchant son propre avantage, celui-ci en subdivisant son terrain en petits lots de 25 x 80 pieds, suivant le principe faux de l'éternel "damier"; celui-là en construisant sur ces lots minuscules le plus grand nombre possible de logements étroits, mal éclairés et ventilés, sans se soucier des lois élémentaires de l'hygiène et encore moins de l'esthétique.

Comme résultat d'une telle anarchie, nous avons une grande partie de notre population logée à l'étroit dans ce que nos voisins américains appellent des "three-deckers", ces boîtes carrées, à "trois ponts" ornées de la fameuse tôle galvanisée et flanquées de "belles escaliers" extérieurs, logements généralement humides, mal éclairés et mal ventilés. C'est un tel système, ou plutôt l'absence de système qui fait que la densité actuelle de notre population a atteint une *moyenne* de 22 personnes à l'acre, chiffre beaucoup trop élevé si nous le comparons à la même densité d'autres villes, par exemple Vancouver, où la densité moyenne est de 9 à l'acre.

Cet entassement de nos grandes familles les unes sur les autres et la promiscuité qui en résulte à cause de l'étroitesse des logements et de leur insalubrité expliquent bien notre taux si élevé de mortalité générale et surtout de mortalité par tuberculose, nos épidémies presque permanentes de maladies infectieuses et aussi notre morbidité inquiétante, c'est-à-dire l'état maladif de notre population, dont la vigueur physique et la résistance naturelle diminuent graduellement, pour ceux qui savent et veulent observer. Il est vrai que nos quatre grands hôpitaux généraux reçoivent non seulement les malades de la ville, mais aussi ceux du district; cependant, il est intéressant, pour illustrer notre avancé, de noter ici qu'au cours de 1938, un total de 63,656 malades y ont été traités, dont 20,622 hospitalisés, sans tenir compte de ceux qui ont été traités dans les hôpitaux spéciaux ou privés pour tuberculose, maladies mentales, etc. Ajoutons à ces chiffres le nombre imposant de malades traités à domicile par nos 150 médecins et nous aurons une idée assez juste de ce que la maladie coûte ici chaque année aux individus et au trésor public, alors qu'il est prouvé depuis longtemps et sans discussion possible que l'assainissement du milieu, l'amélioration des conditions de vie et les mesures préventives connues peuvent diminuer considérablement non seulement la maladie (morbidité) mais aussi la mortalité, par la prévention des décès prématurés.

Toutes ces considérations nous semblent démontrer à l'évidence qu'il y aurait urgence de réparer les fautes du passé et préparer l'avenir

par l'élaboration d'un plan d'ensemble destiné à assurer le développement rationnel de notre ville, surtout par la mise en vigueur d'un système de zones distinctes pour l'industrie, le commerce et les résidences. Il serait naturellement indispensable de compléter un tel plan par un code du bâtiment qui s'adapterait à nos conditions spéciales et tiendrait compte des exigences de l'esthétique et de l'hygiène.

Nous admettons qu'il s'agit d'un vaste programme dont la réalisation ne peut être que progressive et comporte beaucoup d'efforts et de courage de la part de ceux qui devront l'exécuter, mais il ne faut pas oublier que "noblesse oblige." Québec, la ville mère, où s'est écrit et s'écrira encore l'histoire de notre pays, la ville où se déroulent tous les événements importants de la vie sociale, politique et religieuse, se doit à elle-même d'être la ville la plus attrayante et la plus pittoresque où il fait bon vivre et où la vie et la santé de la population et des visiteurs sont parfaitement protégées.

CHAPITRE IX

Plan de réorganisation du Département

Avant d'indiquer les modifications et les additions qui s'imposent pour assurer l'efficacité du Département de la Santé publique de la Cité de Québec, nous croyons utile de résumer succinctement ce qui a été fait à Montréal dans ce domaine. Au point de vue ethnique, la population se rapprochant sensiblement de celle de Québec, ces renseignements permettront de faire des déductions utiles, en tenant compte cependant que notre population ne dépasse pas le sixième de celle de la métropole.

En 1913, c'est-à-dire il y a plus de vingt-cinq ans, la situation à Montréal au point de vue de la santé publique pouvait se comparer à notre situation *actuelle*. De 1913 à 1928, les progrès réalisés dans ce domaine ayant été lents et insuffisants, après une vigoureuse campagne de presse, conduite par la Ligue de Montréal contre la Tuberculose et pour la Santé publique, il fut décidé de faire une enquête approfondie concernant l'état de la Santé publique et celle-ci fut confiée à un comité spécial composé des citoyens suivants:

Lord Atholstan, MM. E.-W. Beatty, Lyon Cohen, Louis-S. Colwell, Sir Arthur Currie, Ernest Décary, l'Honorable P.-R. Dutremblay, J.-T. Foster, J.-A. Francoeur, Sir Charles Gordon, L. de Lotbinière Harwood, Sir Herbert Holt, Beaudry Leman, C.-F. Martin, J.-W. McConnell, Edouard Montpetit, l'Honorable J.-L. Perron, l'Honorable Donat Raymond.

A ce comité général fut adjoint un comité technique composé des docteurs J.-A. Baudouin, Grant Fleming et R. St. J. Macdonald.

Après plusieurs mois de travail, ce Comité a présenté un rapport très élaboré dont nous avons fait une étude assez complète. Les recommandations contenues dans ce rapport ayant été approuvées par les autorités municipales, il en est résulté une réorganisation complète du Département de la Santé publique de Montréal, sous l'habile direction du docteur S. Boucher.

Il serait trop long l'essayer de donner même un résumé de tout le travail accompli de 1928 à 1938, mais l'étude attentive des statistiques démographiques de Montréal au cours des dix dernières années démontre à l'évidence que les résultats pratiques ont été remarquables, ce que nous avons d'ailleurs prouvé au troisième chapitre de ce rapport lorsque nous avons comparé les chiffres de Montréal à ceux de Québec.

Nous désirons tout de même donner ici un aperçu de l'organisation actuelle du Département de la Santé publique de Montréal, dans le but de démontrer quels résultats peuvent être obtenus avec un budget raisonnable, un programme bien ordonné et surtout un personnel compétent. En plus des Divisions du contrôle médical, du bureau légal et de l'Assistance médicale qui ne nous intéressent pas spécialement, le Département comprend les sept Divisions suivantes:

1o.—*Administration générale*:—Cabinet du Directeur: Un médecin-hygiéniste, un chef de bureau, un archiviste, deux commis, un sténo-dactylo, un messager.

2o.—*Division des maladies contagieuses*: Un médecin-hygiéniste, cinq commis, quatre épidémiologistes, treize infirmières, trois désinfecteurs.

3o.—*Division de l'hygiène de l'enfance*: Un médecin-hygiéniste, huit commis, vingt-cinq médecins inspecteurs des écoles, cinq dentistes, cent-dix infirmières visiteuses des écoles, trois médecins psychiatres et quatre infirmières psychologistes.

4o.—*Division de la Salubrité*: Un ingénieur sanitaire en chef et un assistant, quatre commis, trente-deux inspecteurs sanitaires.

5o.—*Division de l'inspection des aliments*: Un vétérinaire en chef. Section No. 1—Inspection du lait: Dix-huit inspecteurs, deux commis. Section No. 2.—Inspection des viandes: Sept vétérinaires, dix inspecteurs, un commis. Section No. 3—Inspection des salles à manger, restaurants, etc: Huit inspecteurs, deux commis. Section No. 4—Inspection des boulangeries: deux inspecteurs.

6o.—*Division des laboratoires*: Un bactériologiste en chef, deux bactériologistes, un chimiste, un analyste, un commis, quatre techniciens et aides.

7o.—*Division de la statistique*: Un démographe, un statisticien, quatre commis.

Toutes proportions gardées, c'est-à-dire en tenant compte du chiffre de la population de Québec et du personnel minimum requis pour assurer un service efficace, nous sommes d'avis que le Département de la Santé publique de la cité de Québec devrait comprendre, au moins pour le moment, les Divisions et le personnel suivants:

1o.—*Division de l'Administration générale*: Deux médecins-hygiénistes, un secrétaire, trois commis dont un sténo-dactylo. Il y aura naturellement lieu d'augmenter le personnel de cette Division principale à mesure que se développeront les différentes Divisions du Département. Le plus tôt possible, il serait aussi désirable et même nécessaire d'ajouter à cette Division une Section de l'enseignement de l'hygiène, qui s'adresserait à toutes les classes de la population et comblerait une lacune qui a toujours eu pour effet de retarder les progrès de l'hygiène publique à Québec.

2o.—*Division des statistiques démographiques*: Un statisticien et un commis.

Nous avons vu au chapitre III et nous verrons au chapitre X la nécessité absolue de cette nouvelle Division, qui est la base de toute organisation de santé publique, équivalente au système de comptabilité dans une industrie ou une maison de commerce bien organisée. Il est évident qu'avec le temps et l'augmentation de la population, cette Division devra se développer gra-

duellement, en coopération constante avec la Division de la démographie du Ministère de la Santé.

3o.—*Division des laboratoires*: Un chimiste, un bactériologiste, deux techniciens, un sténo-dactylo et une aide.

Comme la Division précédente, celle-ci est indispensable au bon fonctionnement d'un Département de Santé publique, ainsi que nous l'avons expliqué au chapitre IV. Considérant tout le travail qu'il y a à faire pour le contrôle du lait, de l'eau, des aliments et des maladies infectieuses, il faudra nécessairement admettre la nécessité d'augmenter le nombre des techniciens.

4o.—*Division de l'épidémiologie*: Section de l'hospitalisation: (hôpital civique) Un médecin spécialiste, à temps partiel, un chapelain, quatorze religieuses, vingt-deux bonnes, un ingénieur stationnaire.—Section du contrôle des maladies contagieuses: Deux infirmières, deux désinfecteurs, trois ambulanciers.—Ligue antituberculeuse de Québec.

Comme nous l'avons indiqué au chapitre V, certaines modifications à la régie interne de l'hôpital civique devraient être faites, afin d'éviter dans toute la mesure du possible aux patients hospitalisés la possibilité de contracter une autre maladie. Comme il existe un contrat entre les autorités municipales et universitaires par lequel l'hôpital civique doit être un centre d'enseignement, il serait dans l'intérêt de tous que les étudiantes infirmières de troisième année y fassent un stage d'environ trois mois, par groupes, ce qui pourrait être réalisé sans dépense additionnelle.

Nous indiquerons au chapitre suivant la nécessité d'inclure dans le budget un montant de quelques cents dollars pour assurer, comme dans les autres hôpitaux, les services d'un interne et d'un médecin résident.

Dans le même ordre d'idées, si l'on veut contrôler efficacement les maladies infectieuses à Québec, il faudra nécessairement augmenter le nombre des infirmières-visiteuses préposées à ce travail dans les différents quartiers, mais en ayant soin de choisir exclusivement des infirmières diplômées en hygiène publique. Il est entendu qu'une partie importante du travail sera consacrée au contrôle de la tuberculose, en coopérant avec la Ligue antituberculeuse.

5o.—*Division de l'hygiène maternelle et de l'enfance*: Section de l'inspection médicale scolaire. — Cinq infirmières-visiteuses. — Section de l'hygiène dentaire: Deux dentistes, une infirmière.— La Goutte de lait. L'Assistance maternelle.—Le Comité d'hygiène mentale.—

Pour surveiller efficacement la santé des vingt-cinq mille enfants qui fréquentent les écoles, il faudrait élaborer tout un programme, après entente avec les commissions scolaires intéressées, ce qui nécessiterait absolument l'augmentation graduelle du personnel actuel qui est évidemment insuffisant pour un si grand nombre d'élèves. Il faudrait de même accorder un octroi raisonnable au Comité d'hygiène mentale pour lui permettre d'accomplir son travail si nécessaire de prévention, qui économiserait en définitive des sommes considérables à la cité de Québec pour l'hospitalisa-

tion des aliénés devenus incurables. Dans le domaine de l'hygiène prénatale et infantile, cette Division devra aussi établir une coopération suivie avec les organisations volontaires existantes: l'Assistance maternelle et la Goutte de lait, en vue de coordonner les efforts sous une direction unique, au lieu de les disperser.

6o.—*Division de la Salubrité*: Section du contrôle du lait: Un inspecteur en chef, un vétérinaire, six inspecteurs, un sténo-dactylo. Section du contrôle de l'eau de boisson et de la glace: Un surveillant, avec assistants pour la saison d'été, trois opérateurs pour l'usine de chloration.—Section du contrôle de la viande et du pain: Un vétérinaire, trois inspecteurs.—Section de l'inspection générale: Quatre inspecteurs. Le personnel de la section du contrôle du lait sera suffisant si la pasteurisation devient obligatoire, vu que le travail deviendra centralisé aux usines de pasteurisation. Il en sera de même du personnel de la section du contrôle de la viande si l'abattage du bétail local est fait aux abattoirs sous la surveillance fédérale et advenant la construction d'un marché central moderne.

Quant à la surveillance méthodique et suivie des boulangeries, confiseries et pour ce qui concerne toutes les inspections en général, il est évident que le nombre des inspecteurs est tout à fait insuffisant.

Nous sommes d'avis qu'avec votre recommandation, monsieur le Ministre et celle de Son Honneur le Maire, il y aurait possibilité d'obtenir une bourse d'études de la Fondation Rockefeller pour faire spécialiser en génie sanitaire un jeune ingénieur civil, qui deviendrait ensuite chef de cette Division de la salubrité.

Quant aux inspecteurs, nous croyons qu'à l'avenir le médecin-hygiéniste municipal devrait avoir le privilège de faire passer aux candidats recommandés un examen d'aptitude, afin d'éliminer les incompétents, le choix devant être fait par les autorités municipales exclusivement parmi les candidats qui auraient démontré posséder le degré d'instruction voulu pour pouvoir acquérir les connaissances nécessaires pour obtenir, après examen, le diplôme d'inspecteur sanitaire accordé par la Canadian Public Health Association. Depuis 1935, un total de 136 inspecteurs, dont deux du Ministère de la Santé, ont obtenu ce diplôme, ce qui représente la qualification scientifique d'un tiers des inspecteurs actuellement en service, à titre permanent, dans les Départements d'hygiène provinciaux ou municipaux du Canada. A date, 61 demandes ont été inscrites pour l'examen qui aura lieu en septembre 1939. Il est inutile de noter ici que cet examen de compétence peut être passé en français, à Montréal, devant un Comité spécial dont deux des membres sont l'Ingénieur sanitaire en chef du Ministère de la Santé, monsieur Théo.-J. Lafrenière et monsieur A. Cousineau, Ingénieur sanitaire en chef du Département de la Santé, de Montréal.

Pour illustrer comment on procède ailleurs pour obtenir des compétences, là où elles existent, en éliminant toute question de patronage, nous publions ici dans son texte original une annonce officielle de Kingston, Ont., ville de 25,000 âmes, qui désirait obtenir les services d'un médecin hygiéniste et d'un inspecteur sanitaire diplômés et y mettre le prix nécessaire.

MEDICAL OFFICER OF HEALTH

Applications are hereby invited for the position of Medical Officer of Health for the Corporation of the City of Kingston. The duties shall be assumed not later than October 1, and shall occupy full time with the exception of five hours per week which are to be given to the work in the Medical Faculty of Queen's University to which the successful applicant will be appointed as a member of Staff. Applicants must be graduates of a recognized Medical School and have a Diploma in Public Health from an approved institution or an equivalent.

The minimum total salary is $3,500.00 and the maximum is $4,500.00; annual increments of $100.00 will be added until the maximum is attained. Every applicant is requested to obtain full information from the Clerk-Treasurer, City of Kingston, Ontario. Applications must be in by August 22, 1938, and should be marked on the outside "APPLICATION FOR MEDICAL OFFICER OF HEALTH," and should be addressed to the Clerk-Treasurer, City of Kingston.

SANITARY INSPECTOR WANTED

Applications are invited for the position of Sanitary Inspector for the City of Kingston. The work involved will include the inspection of food supplies, etc., and in general such other activities as may be necessary under the Ontario Public Health Act and as required by the Medical Officer of Health. Qualifications for the position will include a Certificate in Sanitary Inspection (C.S.I.) given by the Canadian Public Health Association or equivalent. Veterinary Doctors and graduates of an Agricultural College may apply but are advised to ascertain the conditions of obtaining this certificate.

The minimum salary will be $1,500. per annum, increasing by $100. per annum until a maximum of $2,400. is reached. Applicants should communicate with the Clerk-Treasurer and obtain full information covering this position. Applications shall be addressed to the Clerk-Treasurer, Kingston, Ontario, marked "Application for position of Sanitary Inspector," and must be in by 5 p.m. August 9th, 1938.

C. C. WYATT,
Clerk-Treasurer.

En terminant ce chapitre, nous désirons soumettre un projet de classification du personnel actuel et futur du Département de la Santé publique, avec salaires minimum et maximum:

Fonction	Min.	Max.
1o.—Directeur: Médecin hygiéniste	$4,000.00	$5,000.00
2o.—Directeur adjoint: Médecin hygiéniste	3,000.00	4,000.00
3o.—Chef des laboratoires: Chimiste ou bactériologiste	2,500.00	3,500.00
4o.—Chef adjoint des laboratoires: Chimiste ou bactériologiste	2,000.00	3,000.00
5o.—Chef clinique dentaire: Dentiste à temps complet	2,500.00	3,500.00
6o.—Chef adjoint, clinique dentaire. Dentiste à temps complet	2,000.00	2,500.00
7o.—Vétérinaire, à temps complet	2,400.00	3,000.00
8o.—Secrétaire du Département et Statisticien	1,800.00	2,500.00

9o.—Chef, Section du contrôle du lait	2,000.00	3,000.00
10o.—Laboratoires: Technicien senior	1,500.00	2,000.00
11o.—Laboratoires: Technicien junior	1,000.00	1,500.00
12o.—Inspecteurs sanitaires diplômés	1,800.00	2,400.00
13o.—Inspecteurs	1,200.00	1,800.00
14o.—Commis senior	1,400.00	1,800.00
15o.—Commis junior	1,000.00	1,400.00
16o.—Surveillant: Bassin d'alimentation de l'aqueduc	1,600.00	2,000.00
17o.—Surveillant adjoint: Bassin d'alimentation de l'aqueduc	1,000.00	1,500.00
18o.—Ambulanciers, désinfecteurs, opérateurs usine de chloration	1,000.00	1,500.00
19o.—Ingénieur sanitaire diplômé	2,400.00	3,600.00
20o.—Infirmière hygiéniste diplômée	1,080.00	1,380.00
21o.—Infirmière graduée et enregistrée	780.00	1,020.00

Au sujet du médecin hygiéniste qui sera responsable du Département à titre de Directeur, il nous semble que le maximum de son traitement devrait être le même que celui des autres chefs de Départements, si nous tenons compte qu'il est chargé de la conservation de la vie et de la santé d'une population de 150,000 âmes, qui augmente de 2,000 par année, par l'accroissement naturel seulement.

CHAPITRE X

Budget proposé pour 1939-40

(1er mai 1939 au 30 avril 1940)

CE PROJET que nous soumettons étant basé sur le budget voté pour l'année fiscale en cours, nos remarques ne s'appliquent qu'aux item nouveaux ou pour lesquels un changement quelconque est proposé.

Pour bien interpréter le sens ce ces remarques, l'on voudra bien en les lisant référer aux feuilles du budget publiées dans la dernière partie de ce chapitre.

			Augmentation
1o.—Salaires:	Employés permanents	$ 47,295.00	$ 2,770.00
	Employés réguliers	23,540.00	4,360.00
	Employés temporaires	17,650.00	2,240.00
	Total	$ 88,485.00	$ 9,370.00
2o.—Frais généraux		19,650.00	6,025.00
3o.—Frais de transport		6,040.00	1,736.00
4o.—Sérums et vaccins		6,000.00	0.00
5o.—Octrois: Associations de bienfaisance		23,600.00	4,400.00
		$143,775.00	$21,531.00

N.B. Au sujet de l'augmentation *totale* du budget 1939-40, comparé au budget 1938-39, il est difficile de faire des déductions absolument justes, à cause des changements considérables qui sont proposés. En effet, nous avons déduit une somme totale de $18,305.00 attribuable aux budgets d'autres Départements, mais d'un autre côté nous ajoutons une nouvelle charge de $22,700.00 qui appartient logiquement au Département de la Santé, mais ne lui était pas attribuée auparavant.

(A) Division de l'administration générale

Item 1

A la suite de votre recommandation, monsieur le Ministre et de celle de Son Honneur le Maire de Québec, la Fondation Rockefeller a accordé une bourse d'études en Hygiène publique à l'Université de Toronto, au docteur B. Paquet. Nous n'avons aucun doute, qu'après avoir complété son cours théorique par un stage d'entraînement pratique de quelques mois aux Départements de la Santé publique des villes de Baltimore et Toronto, le docteur Paquet nous reviendra avec son diplôme de médecin-hygiéniste.

Considérant le juste salaire accordé aux chefs des autres Départements de l'administration municipale, nous croyons qu'il serait équitable d'accorder au médecin-hygiéniste le traitement minimum indiqué de $4,000.00 pour l'année fiscale 1939-40.

Item 2

Monsieur Beaumont est un employé honnête, dévoué et compétent, qui ne reçoit qu'un traitement de $1,700.00 après dix-sept années d'excellents services. Tel que déjà expliqué, dans un mémoire officiel, en outre de ses devoirs réguliers, monsieur Beaumont (avec monsieur Plamondon comme substitut) doit être à la disposition des autorités jour et nuit, les samedis après-midi ainsi que les jours de fêtes civiques et religieuses, pour émettre les permis de sépulture ou de transport des cadavres.

Pour cette raison et aussi en vue du travail additionnel qu'il aura à faire comme statisticien, nous croyons juste qu'on lui accorde une augmentation de traitement de $500.00.

Nous comprenons très bien que certaines personnes qui ne sont pas *censées* connaître à fond ce problème des statistiques vitales puissent mettre en doute la nécessité d'un tel organisme dans un Département de Santé publique, mais ceci n'est pas l'avis du représentant de la Fondation Rockefeller qui nous a visités l'été dernier et a été fort surpris de constater que le Département de la Santé n'avait pas encore ses propres statistiques et n'était pas en état de lui donner des précisions démographiques au sujet de la cité de Québec, qui n'existent pas dans les rapports fédéral ou provincial. Il y aurait beaucoup d'autres arguments à donner, qui dépasseraient le cadre de ces notes, mais nous devons ajouter que si la Cité de Québec tient à conserver ses chances actuellement favorables d'obtenir de nouvelles faveurs de cette Fondation, il lui faut organiser le plus tôt possible son système de comptabilité humaine, comme base essentielle du Département de la Santé.

Item 3, 4 et 5

Ces trois employés de la Division de l'administration générale, méritent certainement les augmentations recommandées, si nous tenons compte de la qualité de leur travail et de leurs années de bons services. Dans le cas de monsieur Plamondon, il faut tenir compte qu'en cas d'absence de la ville de monsieur Beaumont, il doit le remplacer en dehors des heures de bureau pour les permis de transport ou de sépulture, le jour ou la nuit, les samedis après-midi et les jours de fêtes légales ou religieuses. Monsieur J.-B. Dufresne devrait aussi recevoir sa permanence.

Item 6

L'augmentation demandée pour les frais généraux de cette Division s'impose à cause des dépenses ordinaires et surtout imprévues qui surgissent au cours de l'année. Il est indéniable qu'un montant annuel de $1,000.00 est loin d'être exagéré pour les fins générales d'un Département de Santé publique, pour une population de 150,000 âmes.

Item 6(a)

Cet item, qui n'est pas une dépense nouvelle, est ajouté vu qu'à l'avenir les frais d'impression, achats de papeterie et d'articles de bureau doivent être chargés au Département concerné.

Item 8

Pour cet item du *Fonds de pension,* inséré à la suggestion de monsieur le Trésorier, nous avons omis d'indiquer le montant imputable au Département de la Santé publique pour ses trois pensionnaires. Sans connaître exactement le fonctionnement du Fonds de pension municipal, il nous semble au strict point de vue comptabilité que, seule la partie payée par le trésor municipal devrait être chargée au Département de la Santé, l'autre

partie provenant du produit des versements payés par les fonctionnaires pensionnés. (Ces trois pensionnaires reçoivent, si nous sommes bien informés, un montant total de $2,700.00.

(B) Division des statistiques

Item 9, 10 et 11

Les renseignements nécessaires ont été donnés plus haut, à *l'item No. 2.*

(C) Division des laboratoires. (Bactériologie et chimie)

Item 12 à 17

Contrairement à certaines autres Divisions du Département de la Santé publique, les laboratoires de bactériologie et de chimie sont très bien organisés et sous la direction d'un chimiste, d'un bactériologiste et de techniciens absolument compétents et dévoués. Nous sommes fiers de pouvoir dire que ces laboratoires peuvent subir avantageusement la comparaison avec ceux de villes ayant une importance égale à celle de Québec. Malheureusement encore, certaines personnes qui ne sont pas censées connaître ce problème technique assez compliqué, semblent sous l'impression que ces laboratoires seraient aussi un luxe inutile. Ici encore, tel n'a pas été l'avis du représentant de la Fondation Rockefeller, qui s'est déclaré très satisfait de l'organisation et du personnel des laboratoires, ajoutant que la Fondation ne serait pas justifiée d'aider pour cette Division.

Monsieur Jules Marchand, père de sept enfants, est un excellent technicien ayant vingt-quatre années d'expérience au service de la ville. Son traitement actuel de $1,600.00 n'est pas juste et il mérite certainement plus que l'augmentation proposée de $200.00. Monsieur Henri Drolet, second technicien, avec une expérience de huit années, mérite aussi que son traitement soit porté à $1,400.00. Monsieur Lucien Morin est un excellent commis et sténo-dactylographe qui exécute très bien le travail difficile qu'il a à faire, mais son traitement de $780.00 étant dérisoire, nous n'hésitons pas à recommander qu'il reçoive à l'avenir un traitement de $1,000.00 et qu'il soit nommé employé permanent, ainsi que monsieur Henri Drolet. Mademoiselle Germaine Métivier, comme aide, fait très bien le travail assez compliqué qui lui est confié et comme elle doit aider sa famille, il nous semble raisonnable que son salaire soit augmenté légèrement de $520.00 à $600.00 par année.

Item 18

Ce montant de $1,800.00 pour les frais généraux de cette Division peut paraître élevé, mais il s'explique par le nombre trop considérable de cas de diphtérie à l'hôpital civique et nous ne pouvons en prévoir la diminution tant que l'immunisation générale des enfants endessous de 10 ans n'aura pas atteint au moins 60% et que cette proportion ne sera pas maintenue chaque année. Nous soumettons ici la liste en détail de ces frais généraux:

Tubes de sérums de Loeffler pour diphtérie (70 grosses)	$ 800.00
Boîtes et tubes à prélèvement pour diphtérie (500)	120.00
Boîtes et tubes à prélèvement pour tuberculose (500)	160.00
Boîtes et tubes à prélèvement pour typhoide et dysenterie (100)	50.00
Livres, revues et reliures	75.00
Habits de laboratoire (10)	25.00
Coton absorbant (10 grosses)	57.00
Poudre Wyandott (3 barils de 80 lbs.)	18.00
B.D.H. Lovibond Nessleriser avec quatre disques	78.00

Réactifs pour les produits laitiers et lactés	155.00
Alcool méthylique et éthylique	20.00
Réactifs généraux	100.00
Verrerie, accessoires	150.00
	$1,808.00

Item 20

Il s'agit d'un montant de $100.00 pour frais de transport concernant les laboratoires: enquêtes spéciales au dehors, prises d'eau aux piscines des terrains de jeux et autres, prises d'eau à Château d'Eau et au lac Saint-Charles, etc.

(D) Division de l'Epidémiologie (contrôle des maladies contagieuses)

Item 26, 28 et 30

Il est recommandé d'accorder une légère augmentation annuelle de $50.00 à monsieur A. Lacasse, ambulancier, ayant 19 ans de bons services, ce qui mettrait son traitement égal à celui de son collègue, monsieur Germain, 18 ans de services. Aussi porter le traitement de monsieur G. Thibaudeau à $1,200.00 par année.

Monsieur J. Morissette, désinfecteur, a donné entière satisfaction et son traitement devrait être porté à $1,200.00, si nous tenons compte de ses charges de famille.

Item 33

Cette infirmière hygiéniste, mademoiselle P. Pagé, a fait l'an dernier une année spéciale d'études en hygiène publique à l'Ecole d'Hygiène sociale appliquée de l'Université de Montréal et elle a obtenu la médaille du Lieutenant-Gouverneur. Recommandée d'abord par son échevin, puis par vous-même, monsieur le Ministre et par Son Honneur le Maire, la Fondation Rockefeller a jugé qu'elle devrait tout de même acquérir encore plus de compétence et lui a accordé, bien entendu en faveur de la cité de Québec, une bourse d'études d'une année à l'Université de Toronto, avec en plus quelques mois de travail pratique à New-York. Il est évident que cette infirmière hygiéniste sera très qualifiée et qu'elle rendra de grands services au médecin-hygiéniste, surtout pour le contrôle des maladies contagieuses, l'hygiène maternelle et de l'enfance, etc. Nous n'avons pas d'hésitation à recommander un salaire annuel de $1,200.00 pour cette infirmière-hygiéniste et nos renseignements nous portent à croire que cette année ou l'an prochain la Fondation Rockefeller nous remboursera la moitié de ce salaire, pour une période probable de trois ans.

Item 34

Nos renseignements ne sont pas officiels, mais nous sommes informés que deux autres gardes-malades diplômées, qui seront fortement recommandées en temps et lieu, suivent actuellement le cours d'Hygiène publique d'un an, à l'Ecole d'Hygiène sociale appliquée de l'Université de Montréal. Si nous voulons réussir à contrôler et à combattre efficacement les maladies contagieuses qui existent à l'état épidémique à Québec depuis près de cinq ans, il nous faut non pas des gardes-malades mais des infirmières-hygiénistes diplômées, en nombre suffisant.

C'est dans ce but que nous recommandons d'inclure dans le présent budget un item de $2,160.00 pour le traitement de deux infirmières-hygiénistes diplômées. Si cette recommandation est considérée favorablement,

nous avons l'espoir que nous pourrons ensuite obtenir de la Fondation Rockefeller un remboursement probable de la moitié de cette somme, pendant peut-être trois ans.

Il ne faut pas oublier que cette grande institution philanthropique qui a donné à date plus de $300,000.00 à notre province, a pour principe d'aider seulement ceux qui veulent s'aider eux-mêmes et le prouvent d'abord, par certains actes.

Item 35

Les frais généraux de l'Hôpital civique, pour nourriture, pharmacie, etc., sont les mêmes que l'an dernier et ce montant est bien difficile à déterminer, vu qu'il doit nécessairement varier avec le nombre de malades admis. Cependant, nous avons cru logique d'y ajouter le montant de $200.00 voté l'an dernier pour le pavillon de désinfection, ainsi que celui de $720.00 pour gazoline et huile pour les ambulances des contagieux.

Nous avons ajouté à cet item une somme de $3,000.00 pour l'achat d'une nouvelle voiture ambulance. Un rapport à ce sujet a déjà été transmis, signé par monsieur France Paré, à l'effet que la remise à neuf de la voiture actuelle, vieille de douze ans, ne donnerait pas satisfaction et coûterait pratiquement autant que l'achat d'une nouvelle ambulance. Cependant, comme il s'agit d'une ambulance supplémentaire pour remplacer la première ambulance, lorsque celle-ci fait défaut pour une raison quelconque ou lorsqu'elle est en réparation au garage pour une période plus ou moins prolongée, si les autorités municipales décident de ne pas faire ou de différer cet achat, il faudra conclure un arrangement régulier et à prix fixe avec une maison locale possédant une ambulance ordinaire, qui sera à votre disposition sur demande, le jour ou la nuit. Dans ce cas, un des ambulanciers accompagnera chaque fois le malade et verra à contrôler, après chaque transport, la désinfection de l'ambulance en question, afin d'éviter toute critique de la part du public, mais tout de même cette alternative est *plus ou moins désirable.*

Item 35(a)

Cet item de $1,000.00 est recommandé pour accorder une allocation au médecin résident et à l'interne recommandés pour le service médical de l'Hôpital civique, surtout le service de nuit qui n'existe pas actuellement.

Item 36

Cet item est porté de $144.00 à $600.00, à raison de $6.00 par mois par infirmière, en prévision de l'emploi futur de cinq infirmières pour cette Division, au lieu de deux.

Item 37

C'est le même montant que celui du budget actuel, mais il est impossible de dire s'il sera trop élevé ou insuffisant, comme c'est le cas cette année. Tout dépendra du nombre de cas de diphtérie ou de scarlatine qu'il y aura à traiter, mais nous sommes d'avis qu'il ne faut pas espérer une amélioration sensible tant que l'immunisation ne sera pas obligatoire et même gratuite. Il ne faut donc pas s'étonner si le maintien de l'hôpital civique coûte actuellement au delà de $30,000.00 par année, c'est-à-dire plus du double du coût normal.

Item 38

Les certificats de décès sont malheureusement là pour prouver que nous perdons encore chaque année 200 personnes qui meurent à la fleur

de l'âge, victimes de la tuberculose, une maladie contagieuse qui peut être évitée, par des mesures appropriées. C'est un grave problème qui doit intéresser au plus haut point le Département de la Santé publique. Malheureusement, il y a plus de vingt-cinq ans, les autorités municipales ne voulant pas s'y intéresser, un groupe d'hommes et de femmes dévoués a pris cette cause en mains en fondant la Ligue antituberculeuse de Québec. Depuis cette date, cet organisme a obtenu l'aide financière du public, des octrois du gouvernement provincial et aussi un octroi annuel de la cité de Québec, mais ce dernier n'a jamais été suffisant pour lui permettre d'accomplir efficacement son oeuvre.

Le Ministère de la Santé ayant maintenant entrepris, pour une période de trois ans, une vaste campagne pour enrayer les ravages de la tuberculose dans notre Province, par l'entremise du Comité provincial de défense contre la tuberculose, il est urgent que la cité de Québec fasse sa part, puisque son taux de mortalité de 140 par 100,000 de population est un des plus élevés de la Province. C'est pourquoi, nous recommandons que l'octroi accordé à la Ligue antituberculeuse soit porté à $4,000.00. Contrairement à la coutume suivie jusqu'à date, nous sommes d'avis que cet octroi doit naturellement faire partie du présent budget, puisqu'il s'agit d'une des principales activités du Département de la Santé. Cependant, nous croyons qu'au point de vue administratif, il est désirable que la Ligue antituberculeuse conserve son autonomie, mais à la condition qu'au point de vue technique, le médecin-hygiéniste, le docteur B. Paquet, fasse partie ex-officio de son Comité exécutif. L'octroi devrait être accordé aussi sur sa recommandation à la condition que la Ligue fasse un rapport mensuel et annuel de ses activités au Département de la Santé publique ainsi qu'un rapport financier *complet,* trimestriel et annuel.

(E) Division de l'Hygiène maternelle et de l'enfance

Item 38(a)

Conformément aux vues que nous avons exprimées précédemment au sujet de l'hygiène mentale, nous recommandons fortement qu'un octroi de $2,500.00 soit accordé au Comité d'Hygiène mentale de Québec, afin de lui permettre de continuer son excellent travail.

Item 46, 47 et 48

Il s'agit encore d'octrois annuels accordées à des Associations volontaires dont les activités relèvent naturellement du Département de la Santé publique, ces montants devant logiquement faire partie de son budget. Par conséquent, toutes les remarques précédentes au sujet de la Ligue antituberculeuse s'appliquent également à ces organismes et nous recommandons que les octrois ne soient accordés qu'aux mêmes conditions quant au rôle du médecin-hygiéniste, le docteur Paquet, et aux rapports à produire.

Les octrois à la Goutte de lait et aux Associations des terrains de Jeux sont les mêmes que ceux du budget actuel. Quant à l'Assistance Maternelle, il s'agit à notre avis d'une oeuvre aussi importante que celle de la Goutte de lait, qui lui est connexe. Nous avons à Québec près de 4,000 naissances par année et il y a certainement au moins 1,000 mères pauvres qu'il faut secourir avant l'accouchement, à l'accouchement et après, si nous voulons diminuer le nombre trop élevé des mort-nés et des enfants débiles qui ne peuvent survivre, d'autant plus que le nombre des naissances a diminué régulièrement de 8 par 1,000 de population depuis

1926. Il ne faut pas oublier que nos enfants—notre richesse nationale—ont droit non seulement au bien-être, mais à bien naître. Pour ces raisons, nous recommandons, aux conditions indiquées ci-dessus, que l'octroi partiel de $300.00 accordé récemment à cette oeuvre éminemment utile, devienne un octroi annuel d'au moins $1,000.00.

(F) Division de la Salubrité

Section du contrôle du lait:

Item 53, 54, 55, 56, 60 et 61

L'inspecteur en chef, monsieur E.-U. Allard, est certainement, parmi les employés du Département, l'un des plus compétents et dévoués. Il possède une expérience pratique de près de 25 ans et sait s'en servir avec jugement pour le plus grand bien de la population qu'il a à protéger.

L'augmentation de $120.00 recommandée dans son cas n'est qu'un minimum et son nouveau traitement sera encore inférieur à celui qu'il devrait recevoir et même à celui qu'il recevait avant la réduction générale des salaires.

La même augmentation de $120.00 est recommandée pour les inspecteurs Ménard, Caron, Dubois, Drolet et Martin qui la méritent certainement à cause de leur bon travail et de leurs années de service. Dans le cas de l'inspecteur Jean Martin, il devrait être nommé permanent, après huit années d'emploi.

Item 62

Nous ne comprenons pas pourquoi cet item apparaît au budget du Département de la Santé, pour le salaire de $1,300.00 de monsieur Th. Roy, gardien de l'étable municipale. Comme il s'agit d'une bâtisse municipale, il nous semble que le salaire du gardien doit être payé par le Département des travaux publics. Il en est de même pour un montant de $60.00 chargé à ce budget jusqu'à date, pour bran de scie, chaînes à vaches, pelles, fourches, etc., ce qui n'a rien à faire avec la santé publique. Nous admettons que le vétérinaire doit s'y rendre pour tuberculiniser certaines vaches, mais il n'en résulte pas que le Département de la Santé doit à cause de ce fait, payer le salaire du gardien et les articles indiqués ci-dessus. D'ailleurs, cette tuberculinisation comporte pour la cité de Québec une activité absolument inutile si nous considérons qu'elle peut être obtenue gratuitement des autorités fédérales. Par conséquent, les autorités municipales pourraient se dispenser de cette étable municipale et l'utiliser pour d'autres fins, tout simplement en exigeant des laitiers la production du certificat fédéral de tuberculinisation, qu'ils peuvent obtenir sans frais.

Nous désirons aussi attirer votre attention sur un autre item de $500.00 attribué à ce budget jusqu'à date pour l'enlèvement des animaux morts, par la compagnie F.-C. Marquis.

Il est entendu que le Département de la Santé publique doit *contrôler,* au point de vue hygiénique, l'enlèvement et la disposition des déchets, mais il a toujours été admis que leur enlèvement et leur disposition relèvent du Département des Travaux publics. Il est absolument logique qu'il en soit ainsi des animaux morts et ceux-ci devraient à l'avenir être transportés à l'incinérateur, ce qui épargnerait ce montant annuel de $500.00. Tout de même, si la Compagnie en question est intéressée à obtenir ces animaux morts, elle devrait les enlever gratuitement.

Section du contrôle de l'eau de boisson et de la glace:

Item 64

Le contrôle de la *qualité* de l'eau d'alimentation relève naturellement du Département de la Santé publique. Comme celui-ci paye le salaire du surveillant monsieur Ph. Lamontagne, il est logique de lui charger également les salaires ou gages des employés temporaires ou saisonniers qui sont sous son contrôle pour le travail de surveillance et de sanitation. Le montant de $2,500.00 attribué l'an dernier, dans ce but, au Département de l'aqueduc a été porté à $3,500.00 en vue de la possibilité de l'emploi régulier d'un assistant à monsieur Lamontagne, choisi parmi les employés temporaires actuels.

Item 65, 66 et 67

Les remarques précédentes s'appliquent également aux trois opérateurs de l'usine de chloration qui sont directement sous le contrôle du Département de la Santé, par l'entremise de son chimiste. Pour plus d'efficacité et comme mesure disciplinaire, nous croyons que monsieur Morin devrait être en charge de l'usine, des appareils et de la direction immédiate des deux autres opérateurs.

Ce travail demandant une attention de tous les instants et beaucoup de ponctualité, avec alternance de jour et de nuit et changement d'heures de travail toutes les semaines, nous croyons que le salaire de monsieur Morin devrait être augmenté à $1,200.00, celui de monsieur Proulx à $1,120.00 et celui de monsieur Gauvreau à $1,040.00.

Section du contrôle de la viande et du pain:

Item 68

Le salaire de $3,500.00 de monsieur F. Bédard, vétérinaire est pratiquement aussi élevé que le salaire actuel du médecin-hygiéniste, ce qui semble une anomalie, d'autant plus que cet employé permanent a le droit ou la tolérance d'exercer sa profession pour son propre compte et d'exiger paiement pour la tuberculinisation des troupeaux laitiers dans la cité, alors que les intéressés peuvent l'obtenir gratuitement des autorités fédérales, si nos renseignements sont exacts. D'un autre côté, nous comprenons que les services de monsieur Bédard sont requis d'un façon régulière par le Département des Travaux publics pour le soin de tous les chevaux appartenant à la ville. Dans ce cas, il nous semblerait équitable qu'un montant de $1,500.00 sur le salaire total de monsieur Bédard serait imputable au budget du Département des Travaux publics. Si les règlements municipaux ne permettent pas à un fonctionnaire de recevoir un traitement de deux départements, il devrait être possible de rembourser ce montant de $1,500.00 au budget du Département de la Santé. Il devrait en être ainsi pour la moitié de *l'item 78* de $400.00 pour son allocation d'automobile.

Item 70 et 71

Les salaires de ces deux inspecteurs devraient être augmentés à $1,500.00.

Section de l'inspection générale:

Item 72, 73 et 75

Nous croyons que le traitement de chacun de ces trois inspecteurs devrait être porté à $1,300.00.

Item 79 et 80

Tenant compte des courses considérables que ces deux inspecteurs ont à faire continuellement au cours de l'année pour accomplir un travail efficace, nous sommes d'avis que l'allocation pour leur auto devrait être augmentée à $600.00.

Item 88

En plus de ses fonctions d'inspecteur de toutes les boulangeries, pâtisseries et sucreries, monsieur Charest est aussi chargé de l'application du règlement municipal concernant le *poids* du pain, règlement qui n'a absolument rien à faire avec la santé publique. Si les autorités municipales sont d'avis que ce règlement doit être appliqué rigoureusement et comme surcroît au travail régulier de monsieur Charest, celui-ci devrait pour suffire à la tâche, recevoir une allocation de $600.00 pour usage d'une automobile, vu qu'il devra transporter une balance et aussi le pain qu'il aura à confisquer de temps à autre. Si cette suggestion n'est pas acceptée, nous croyons que l'allocation de $60.00 pour tramways accordée à monsieur Charest devrait être augmentée à $120.00 afin de lui permettre l'emploi de taxis à l'occasion, pour pouvoir augmenter l'efficacité de son travail.

Item 89

Monsieur J.-L. Drolet, inspecteur de lait, devrait avoir une allocation de $120.00 pour frais de tramways, afin d'assurer l'efficacité de son travail au dehors.

Item 90

Dans le cas de monsieur R. Bergeron, inspecteur de lait, la nature de ses fonctions exige qu'il reçoive une allocation de $600.00 pour l'usage d'une automobile.

(G) Division de l'Assistance médicale

D'importantes remarques s'imposent au sujet de l'assistance médicale qui n'est pas, à proprement parler, du domaine de l'Hygiène et de la médecine préventive, mais relève plutôt des attributions de la profession médicale. A cause de circonstances spéciales et surtout depuis le début de la crise économique actuelle, les autorités municipales ont été entraînées graduellement vers l'établissement d'un système *absolument faux de municipalisation de la médecine* au détriment de la profession médicale qui se prétend lésée, surtout à cause des nombreux abus qui se produisent et sont difficilement évitables, considérant la difficulté et le coût prohibitif d'un contrôle qui serait réellement efficace.

Il y aurait, à notre avis, deux moyens de régler ce difficile problème afin d'empêcher l'établissement à l'état *permanent* de la médecine municipalisée, ce qui n'est pas du tout désirable pour la ville et pour les malades.

Le premier moyen, calqué sur le système qui fonctionne à Montréal depuis quelques années, consisterait à accorder à un Comité spécial représentant tous les médecins qui désireraient en faire partie, un montant mensuel fixe (25 sous par mois, par chômeur enregistré à Montréal) pour les soins médicaux aux chômeurs et aux indigents, soit au bureau ou à domicile, un arrangement spécial devant être fait pour les remèdes avec les pharmaciens qui désireraient se joindre au Comité médical et en accepter les règlements. La somme totale reçue par le Comité serait distribuée chaque mois aux médecins et pharmaciens au pro-rata de leurs comptes *approuvés* par ce Comité. Quant aux accouchements, chez les

chômeurs et les indigents, l'Assistance maternelle s'en chargerait et les médecins seraient rétribués par elle suivant l'entente intervenue.

Le deuxième moyen, peut-être moins difficile d'application, mais qui ne donnerait pas satisfaction à la profession médicale, serait une entente avec les hôpitaux généraux de la ville par laquelle, en considération d'une allocation annuelle fixe à déterminer pour chaque institution, les chômeurs et les indigents seraient traités au dispensaire et même à domicile, par les internes, pour les cas alités.

Après étude, si les autorités municipales ne peuvent accepter ni l'un ni l'autre de ces moyens et décident de continuer le système actuel avec tous les dangers et les inconvénients qu'il présente, le Département de la Santé pourrait agir comme *aviseur médical* et exercer le contrôle nécessaire, lorsque requis, mais nous soumettons bien respectueusement que ces dépenses purement *médicales* ne peuvent être raisonnablement et logiquement attribuées à son budget. Les détails suivants devraient confirmer notre prétention.

Item 91

Lors de l'inspection médicale scolaire, le rôle du Département de la Santé consiste uniquement, lorsqu'il y a lieu, à avertir les parents qu'il *a raison de croire* que leur enfant souffre d'une affection quelconque des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge et leur *conseiller fortement* de le faire traiter par un spécialiste.

Lorsqu'il s'agit de chômeurs ou d'indigents, ils s'adressent naturellement au spécialiste mis à leur disposition par les autorités municipales conformément au même principe faux de la municipalisation de la médecine. Si ce système doit rester en vigueur, nous croyons que l'Assistance municipale ou la Commission du chômage, suivant le cas, doit payer non seulement le salaire du spécialiste attitré, mais aussi les frais encourus pour médicaments, lunettes, etc. Pour ce dernier item, nous devons indiquer qu'un arrangement satisfaisant a été fait, après entente avec monsieur le Trésorier et monsieur le Président de la Commission du chômage.

Item 92, 93, 94 et 96

Toutes les remarques précédentes s'appliquent également aux médecins attitrés qui donnent des soins médicaux aux chômeurs et aux indigents, ainsi qu'aux médicaments distribués, c'est-à-dire que ces dépenses devraient être payées par l'Assistance municipale ou le chômage, si le système actuel est continué.

Item 95

Il en est de même pour cet item de $2,000.00 pour loyer à l'Orphelinat Saint-Sauveur. Au lieu de construire un édifice municipal, si les autorités ont jugé à propos, il y a plusieurs années, d'accorder plutôt un octroi assez élevé aux religieuses de l'Orphelinat et en plus un loyer annuel de $2,000.00 pour une période déterminée, afin d'y établir un centre médical pour ce territoire populeux, il nous semble logique que cet item devrait être inclus dans le budget du Département des Travaux publics.

Item 97

Il est évident que le Département de la Santé publique n'a rien à faire avec cette question du transport des malades indigents ou chômeurs

SCOLASTICAT-ÉCOLE NORMALE
2860 CH. STE
QUÉBEC, P

aux hôpitaux généraux de la ville par les ambulances privées. Ce montant doit être payé, suivant le cas, par la Commission du chômage ou par l'Assistance municipale.

Par conséquent, tout en conservant le contrôle nécessaire, à titre d'aviseur médical s'il y a lieu, tout le coût de l'Assistance médicale, représentant une somme de $14,745.00 devrait être retranché du budget du Département de la Santé et attribué aux Départements responsables de cette dépense, même si le système actuel est changé, après étude approfondie de cet important problème.

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE

(a) Division de l'administration générale

SALAIRES	Budget 1938–39	SALAIRES			Augmentation	Frais Généraux	Frais de Transport	Fonds de Pension
		Permanents	Réguliers	Temporaires				
1—Médecin hygiéniste: Dr. B. Paquet	3,600.00	4,000.00			400.00			
2—Secrétaire & Statisticien: J. Ls. Beaumont	1,700.00	2,200.00			500.00			
3—Commis: Georges Plamondon	1,500.00	1,560.00			60.00			
4—Commis: Arthur Moisan	1,300.00	1,420.00			120.00			
5—Commis: J.-Bte Dufresne	1,200.00		1,320.00		120.00			
Frais généraux:— Dépenses de bureau, frais de voyage, etc.	400.00				600.00	1,000 00		
6a–Impressions, papeterie, articles de bureau						1,600.00		
7—Frais de Transport:— Allocation auto: Médecin hygiéniste	600.00						600.00	
8—Fonds de pension								
	10,300.00	9,180.00	1,320.00		1,800.00	2,600.00	600.00	

Augmentation sur le budget de l'an dernier de $3,400.00 divisée comme suit:

Frais généraux 2,200.00
Salaires 1,200.00

BUDGET 1939-40

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE

(*b*) *Division des statistiques vitales*

SALAIRES	Budget 1938–39	SALAIRES			Augmentation	Frais Généraux	Frais de Transport
		Permanents	Réguliers	Temporaires			
9—Statisticien: J. Ls. Beaumont (Voir item 2).....							
10—Commis: Melle S. Beaumont.....	520.00			520.00			
11—Frais généraux.....					300.00	300.00	
	520.00			520.00	300.00	300.00	

Augmentation Frais généraux.....$300.00

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE

(*c*) *Division des laboratoires* (*bacteriologie et chimie*)

SALAIRES	Budget 1938–39	SALAIRES			Augmentation	Frais Généraux	Frais de Transport
		Permanents	Réguliers	Temporaires			
12—Chimiste: Dominique Gauvin D. Sc.	2,700.00	2,700.00					
13—Bactériologiste: Dr. J. B. Piégay D.H.P.	900.00			900.00			
14—Technicien: Jules Marchand	1,600.00	1,800.00			200.00		
15—Technicien adjoint: Henri Drolet	1,200.00	1,400.00			200.00		
16—Commis dactylographe: Lucien Morin	780.00	1,000.00			220.00		
17—Aide: Melle Germaine Métivier	520.00			600.00	80.00		
18—Frais généraux:	1,554.10				245.90	1,800.00	
19—Frais de transport: Henri Drolet	120.00						120.00
20—Frais de transport: laboratoire, pour enquêtes spéciales, prises d'eau aux piscines, à Chateau d'Eau et au Lac St-Charles					100.00		100.00
	9,374.10	6,900.00		1,500.00	1,045.90	1,800.00	220.00

Augmentation sur le budget de l'an dernier de $1,045.90 divisée comme suit:—

Frais généraux et de transport 345.90

Salaires 700.00

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE

(d) Division de l'épidemiologie (contrôle des maladies contagieuses)

SALAIRES	Budget 1938–39	SALAIRES			Augmentation	Frais Généraux	Frais de Transport	Serums, Vaccins	Octrois
		Permanents	Réguliers	Temporaires					
Hopital Civique:									
21—14 Religieuses à $225.00	3,150.00			3,150.00					
22—Chapelain	300.00			300.00					
23—Un Ingénieur Stationnaire	1,300.00			1,300.00					
24—22 Bonnes	5,180.00			5,180.00					
25—Spécialiste: Dr. Léo Côté	1,200.00		1,200.00						
26—Ambulancier: A. A. Lacasse	1,350.00	1,400.00			50.00				
27—Ambulancier: Omer Germain	1,400.00	1,400.00							
28—Ambulancier: G. Thibaudeau	1,040.00			1,200.00	160.00				
29—Désinfecteur: France Renaud	1,200.00		1,200.00						
30—Désinfecteur: J. Morissette	1,040.00		1,200.00		160.00				
31—Infirmière: A. Robitaille	900.00		900.00						
32—Infirmière: Gertrude Larose	900.00		900.00						
33—Infirmière hygiéniste: A l'Université de Toronto, Boursière Fondation Rockefeller			1,200.00		1,200.00				
34—Deux nouvelles infirmières hygiénistes à $1,080.00			2,160.00		2,160.00				
35—Frais généraux: Hôpital Civique, pavillon de désinfection, service d'ambulance et achat d'une nouvelle ambulance (3000)	10,920.00				3,080.00	14.000,00			
35a–Allocation pour méd. rés. et interne				1,000.00	1,000.00				
36—Frais de transport, infirmières	144.00				456.00		600.00		
37—Sérums et vaccins:	6,000.00							6.000,00	
38—Octroi Ligue antituberculeuse	2,800.00				1,200.00				4,000.00
	38,824.00	2,800.00	8,760.00	12,130.00	9,466.00	14,000.00	600.00	6,000.00	4,000.00

Augmentation sur le budget de l'an dernier de $9,466.00 divisée comme suit:

Frais généraux, de transport, et octrois.....4,736.00
Salaires.....4,730.00

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE

(e) division de l'hygiène maternelle et de l'enfance

SALAIRES	Budget 1938–39	SALAIRES			Augmentation	Frais Généraux	Frais de Transport	Octrois
		Permanents	Réguliers	Temporaires				
Inspection Medicale Scolaire:								
38a–Octroi Comité d'Hygiène Mentale de Québec.	0.00				2,500.00			2,500.00
39—Infirmière:Jeanne Crépault	900.00		900.00					
40— " Léone Cantin	900.00		900.00					
41— " F. Devarennes	900.00		900.00					
42— " H. Dubé	900.00		900.00					
43— " G. Bernier	900.00		900.00					
44—Frais généraux: Impressions, balances, etc.					200.00	200.00		
45—Frais de transport	360.00						360.00	
46—Octroi "Goutte de lait"	6,000.00							6,000.00
47—Octroi "Assistance Maternelle"	300.00				700.00			1,000.00
48—Octroi "Oeuvre des Terrains de Jeux":— O.T.J. 8,000. Quebec Play Gr. 1,500. Patronage 300. St-Sacrement 300	10,100.00							10,100.00
Clinique Dentaire:								
49—Chef clinicien: Dr. A. A. Lantier	3,150.00	3,150.00						
50—Asst. clinicien: Dr. Geo. Laroche	2,000.00	2,000.00						
51—Infirmière: Madame H. Guay	900.00	900.00						
52—Frais généraux	375.00					375.00		
	27,685.00	6,050.00	4,500.00		3,400.00	575.00	360.00	19,600.00

Augmentation de $3,400.00 pour frais généraux et octrois.

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE

(f) Division de la salubrité

SALAIRES	Budget 1938–39	SALAIRES			Augmentation	Frais Généraux	Frais de Transport
		Permanents	Réguliers	Temporaires			
Section du controle du lait:							
53—Inspecteur en chef: E. U. Allard	2,080.00	2,200.00			120.00		
54— " F. N. Ménard	1,500.00	1,620.00			120.00		
55— " Lorenzo Caron	1,400.00	1,520.00			120.00		
56— " A. Dubois	1,400.00	1,520.00			120.00		
57— " R. Bergeron	1,300.00	1,300.00					
58—Commis: Réginald Desjardins	1,300.00	1,300.00					
59—Vétérinaire: H. St-Amand M.V.	2,000.00	2,000.00					
60—Inspecteur: J. L. Drolet	1,300.00	1,420.00			120.00		
61—Inspecteur: Jean Martin	1,200.00	1,320.00			120.00		
62—Gardien, étable munic.: Th. Roy	1,300.00						
Section du contrôle de l'eau de boisson et de la glace:							
63—Surveillant: Ph. Lamontagne	1,700.00	1,700.00					
64—Assistants temporaires	2,500.00			3,500.00	1,000.00		
65—Opérateurs, usine chloration: M. Morin	1,040.00		1,200.00		160.00		
66— " " " M. Proulx	1,000.00		1,120.00		120.00		
67— " " " M. Gauvreau	900.00		1,040.00		140.00		
Section du contrôle de la viande et du pain:							
68—Vétérinaire: F. Bédard M.V.	3,500.00	2,000.00					
69—Inspecteur: Jean Drolet	1,665.00	1,665.00					
70—Inspecteur: Jos. Lachance	1,300.00	1,500.00			200.00		
71—Inspecteur (pain) Art. Charest	1,400.00		1,500.00		100.00		

(à suivre)

SALAIRES	Budget 1938-39	SALAIRES			Augmentation	Frais Généraux	Frais de Transport
		Permanents	Réguliers	Temporaires			
Section de l'inspection generale:							
72—Inspecteur: A être nommé	1,200.00	1,300.00			100.00		
73— " Stanislas Gilbert	1,200.00		1,300.00		100.00		
74— " Joseph Gilbert	1,500.00		1,500.00				
75— " Maurice Roy	1,200.00		1,300.00		100.00		
76—Frais généraux: (contrôle du lait)	375.00					375.00	
Frais de transport:							
77—Auto: F. Bédard M.V.	400.00						200.00
78— " H. St-Amand M.V.	600.00						600.00
79— " J. Gilbert	400.00				200.00		600.00
80— " F. N. Ménard	400.00				200.00		600.00
81— " Jos. Lachance	400.00						400.00
82— " Ph. Lamontagne	600.00						600.00
83—Tramways: Jean Martin	120.00						120.00
84— " Lorenzo Caron	120.00						120.00
85— " A. Dubois	60.00						60.00
86— " Maurice Roy	60.00						60.00
87— " Stanislas Gilbert	60.00						60.00
88— " Arthur Charest	60.00				60.00		120.00
89— " J. L. Drolet					120.00		120.00
90—Auto: Ros. Bergeron					600.00		600.00
	38,540.00	22,365.00	8,960.00	3,500.00	3,920.00	375.00	4,260.00

Augmentation apparente sur le budget de l'an dernier de $920,00 divisée comme suit: Frais de transport $980 — Salaires: $60.00.

DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE

(g) Division de l'assistance médicale

SALAIRES	Budget 1938–39	SALAIRES			Augmentation	Frais Généraux	Frais de Transport	Médicaments
		Permanents	Réguliers	Temporaires				
91—Spécialiste: Dr. J. A. Tousignant	2,000.00	2,000.00						
92—Médecin: Dr. J. E. Thibaudeau	2,200.00		2,200.00					
93—Médecin: Dr. Georges Foy	1,500.00		1,500.00					
94—Garde-malade: Melle L. Perron	360.00			360.00				
Frais generaux:								
95—Loyer Orphelinat St-Sauveur	2,000.00					2,000.00		
96—Médicaments pour indigents et chômeurs, et lunettes (inclus Clinique Opthalmologique) 2500-1500-185)	4,185.00							4,185.00
97—Frais de transport par ambulance des indigents aux hôpitaux généraux	2,500.00						2,500.00	
	14,745.00	2,000.00	3,700.00	360.00		2,000.00	2,500.00	4,185.00

Même budget que l'an dernier.

NOTE:—Ces montants ne peuvent être logiquement chargés au département de la santé.

CHAPITRE XI

Recommandations et considérations finales

DANS CE dernier chapitre de notre rapport et avant de soumettre certaines considérations finales, nous désirons résumer les recommandations qui ont été faites au cours des chapitres précédents et en ajouter quelques autres dont il n'a pas été fait mention jusqu'ici.

(A) Recommandations

1o.—Afin de commencer par le commencement et pour faciliter la réorganisation du Département de la Santé publique sur une base pratique et efficace, nous recommandons fortement que les autorités municipales prennent le plus tôt possible les mesures nécessaires pour assurer au Département de la Santé publique un local convenable et hygiénique, assez vaste pour les besoins actuels et futurs. Nous sommes heureux de pouvoir indiquer ici que depuis le début de la rédaction de ce rapport, des entrevues ont eu lieu avec les architectes chargés des plans de réfection de l'ancienne partie de l'Hôtel de Ville et qu'un projet assez satisfaisant a été accepté, sujet à l'approbation finale des autorités municipales.

2o.—Une recommandation de notre part au sujet d'un bactériologiste n'est plus nécessaire, vu le choix du docteur J.-B. Piégay, hygiéniste diplômé et bactériologiste de compétence reconnue, qui a été adjoint au chimiste monsieur D. Gauvin, D.Sc.—Il y aurait lieu, cependant, d'augmenter graduellement le nombre des techniciens, afin d'intensifier le travail des laboratoires et étendre leur champ d'action dans le but d'assurer à la population toute la protection qu'elle est en droit d'attendre.

3o.—Concernant le contrôle des maladies infectieuses, nous croyons qu'une campagne d'éducation devrait être entreprise, suivie de certaines sanctions si la chose est nécessaire, pour obtenir de ceux qui sont légalement tenus de la faire, une déclaration plus complète des cas de maladies infectieuses.

Quant à l'hospitalisation, certains changements de régie interne s'imposent à l'Hôpital civique, de même que la nomination d'un médecin résident et d'un interne, comme la chose a lieu pour les autres hôpitaux, ce qui présentera de grands avantages, pour un déboursé annuel de moins de $1,000.00.

Il faudra aussi abolir la désinfection terminale, telle que pratiquée actuellement, parce qu'elle est inefficace et donne à la population un sentiment de fausse sécurité. Il y aura lieu, conformément aux données scientifiques modernes, de la remplacer par la désinfection au cours de la maladie, suivie d'un grand nettoyage avec aération et exposition au soleil.

Pour arrêter l'épidémie actuelle de diphtérie et empêcher sa répétition, notre Comité recommande avec instance la reprise de la campagne d'immunisation, afin d'obtenir le plus tôt possible l'immunisation complète d'au moins 60% des enfants au-dessous de 10 ans, et conserver ensuite cette proportion d'année en année, ce qui sera beaucoup plus économique en définitive, sans tenir compte des vies sauvées, facteur encore plus important.

4o.—Afin d'essayer de réduire au moins de moitié les cas de tuberculose à Québec, et surtout les décès, nous recommandons qu'une campagne méthodique et suivie soit entreprise et menée à bonne fin par le Département de la Santé publique, avec la coopération de la Ligue antituberculeuse, et que l'octroi municipal accordé à cette oeuvre soit augmenté au moins à $4,000.00 par année.

5o.—Le problème du contrôle des maladies vénériennes ne peut être ignoré indéfiniment à Québec et nous croyons qu'avec le concours du Ministère de la Santé, des hôpitaux et des membres de la profession médicale, le Département de la Santé devrait prendre l'initiative d'une campagne appropriée pour dépister les cas et en assurer le traitement efficace.

6o.—Les deux associations volontaires: l'Assistance Maternelle et la Goutte de lait doivent continuer à recevoir l'encouragement et l'appui financier de l'autorité municipale, afin de pouvoir intensifier leur travail, avec la coopération active et continue du Département de la Santé publique.

7o.—Au sujet du problème si important de l'inspection médicale scolaire, nous recommandons qu'une entente soit faite le plus tôt possible avec les commissions scolaires afin d'organiser un programme complet et pratique dont l'exécution sera confiée au Département de la Santé publique, avec la coopération des instituteurs et institutrices. Ce programme comprendra naturellement, comme parties importantes, l'hygiène dentaire et l'hygiène mentale. Pour cette dernière, nous recommandons que le travail du Comité d'hygiène mentale de Québec soit repris et qu'un octroi annuel d'au moins $2,500.00 lui soit accordé, tel qu'indiqué au chapitre du budget.

8o.—Pour toutes les raisons invoquées au paragraphe (a) du chapitre VII, nous recommandons fortement aux autorités municipales l'adoption d'un règlement décrétant la pasteurisation obligatoire de tout le lait devant être consommé dans les limites de la Cité de Québec, à l'expiration d'un délai raisonnable pour permettre aux intéressés d'organiser leur propre usine coopérative de pasteurisation ou de faire les arrangements nécessaires avec les usines existantes.

9o.—Nous indiquons ici de nouveau notre recommandation, faite au paragraphe (b) du chapitre VII, au sujet d'une usine de filtration de l'eau.

10o.—Au point de vue de la santé publique, nous approuvons le projet de la construction à Québec d'un marché public central et moderne. Quant au contrôle de la viande, nous croyons qu'il serait désirable d'organiser un système par lequel toute la viande serait inspectée avec soin, par des inspecteurs compétents, au moment de *l'abattage,* à moins qu'elle ne porte déjà le certificat de l'inspection fédérale. Il faudrait aussi contrôler sévèrement la fabrication locale de certains sous produits, quant à leur qualité et à la propreté.

11o.—Nous souhaitons ardemment la réalisation du projet d'un égout collecteur pour la cité de Québec, ce qui contribuerait beaucoup à l'assainissement général de certains quartiers populeux.

12o.—Le Département de la Santé publique, avec le concours de la Commission d'Urbanisme et certains corps publics intéressés, devrait entreprendre une campagne d'éducation populaire ayant pour but d'assurer, *en tout temps,* la propreté des rues, ruelles, cours et places publiques, comme préliminaire à tout programme d'embellissement.

13o.—Nous recommandons que le règlement municipal concernant l'enlèvement des vidanges soit strictement observé, surtout les articles 3 et 4. Il serait aussi très désirable de remplacer les antiques chariots actuels par des voitures modernes, appropriées à un tel usage.

14o.—Il y aurait lieu d'organiser, avec l'aide d'inspecteurs qualifiés, l'inspection systématique et suivie des hôtels, restaurants, salles à manger, tavernes, etc., système qui n'existe pratiquement pas pour une ville de l'importance de Québec.

15o.—De même, pour les boulangeries, pâtisseries, confiseries, il faudrait un système d'inspection plus suivi, surtout au point de vue de la propreté générale et dans certains cas spéciaux l'application de sanctions sévères, vu qu'il s'agit de produits devant être consommés sans lavage ou cuisson ultérieure. Ainsi, tout le pain devrait être enveloppé immédiatement après sa cuisson, ce qui est fait actuellement par quelques boulangeries, mais devrait être généralisé.

16o.—Nous avons suggéré au chapitre VIII que le médecin-hygiéniste municipal devrait ex-officio faire partie d'une Commission d'urbanisme bien organisée et possédant tous les pouvoirs requis pour faire oeuvre utile. Au point de vue de la santé publique en général et du contrôle de la tuberculose en particulier, il y aurait un travail immense à faire à Québec pour l'assainissement de l'habitation et pour éviter à l'avenir les erreurs du passé, par l'élaboration et la mise en vigueur, sans favoritisme, d'un code du bâtiment et surtout la préparation d'un plan d'ensemble avec système de zones.

17o.—Le projet d'organisation des différentes Divisions du Département de la Santé, tel qu'exposé au chapitre IX, ayant un caractère

exclusivement administratif et ne présentant aucun aspect litigieux, nous espérons qu'il sera approuvé tel quel, avec la possibilité d'y ajouter plus tard de nouvelles Divisions, suivant les besoins futurs.

18o.—Nous ne pouvons trop recommander, qu'à l'avenir, le médecin hygiéniste municipal ait le privilège de faire passer un examen d'aptitude, oral et écrit, à tous les candidats recommandés pour une position à remplir, afin d'éliminer les incompétents, le choix devant être fait par les autorités municipales parmi ceux qui auront passé cet examen avec succès. Dans le cas de fonctions nécessitant des qualifications spéciales, ce système permettrait de recruter des employés ayant le degré d'instruction requis pour être en état d'acquérir la compétence nécessaire pour remplir leur fonction avec efficacité.

19o.—Quant au budget proposé au chapitre précédent, nous croyons sincèrement que les salaires recommandés sont raisonnables et même qu'ils devraient être plus élevés pour certains employés possédant des qualifications techniques spéciales et plusieurs années d'expérience pratique.

20o.—Enfin, nous sommes d'avis que la cité de Québec devrait discontinuer le plus tôt possible son système actuel de médecine municipalisée qui lui a été imposé par des circonstances tout à fait spéciales. A tout événement, cette dépense ne saurait être imputée au budget de l'hygiène.

(B) Considérations finales

Par des faits probants et des chiffres officiels indiscutables, nous croyons avoir démontré dans les dix premiers chapitres de ce rapport que l'état de la santé publique de la cité de Québec n'est malheureusement pas ce qu'il devrait être. Le taux élevé de la mortalité générale résulte, en grande partie, du nombre trop considérable de décès causés par la tuberculose, les maladies du jeune âge, surtout la gastro-entérite des nourrissons, la diphtérie, etc.

Nous pouvons illustrer ceci davantage par un petit tableau que nous avons pu dresser en nous servant des données démographiques les plus récentes pour la Province et les cités de Montréal et Québec. Il faut noter cependant que pour la Province, il s'agit seulement des chiffres préliminaires pour 1938 et que certains autres chiffres sont approximatifs pour Montréal et Québec, mais dans l'ensemble nous croyons que ce tableau est probant:

QUELQUES TAUX DEMOGRAPHIQUES COMPARES POUR 1937 ET 1938

Province de Québec—Cités de Montréal et Québec

	Natalité — Taux par 1000 de population	Mortalité générale — Taux par 1000 de p.	Mortalité infantile — Taux par 1000 naissances viv.	Mortalité p. tuberculose — Taux par 100,000 de population	Mortalité p. diphtérie — Taux par 100,000 de population
Province de Québec 1937	24.1	11.3	100.0	88.3	8.9
Province de Québec 1938	24.2	10.1	83.4	82.3	9.8
Montréal 1937	19.4	11.0	90.0	82.2	2.9
Montréal 1938 (chiffres prél.)	20.0 (appr.)	10.2	77.2	74.8	3.0
Québec 1937	26.1	13.3	142.0	126.0	46.0
Québec 1938 (chiffres prél.)	25.1 (appr.)	12.9	123.0 (appr.)	123.0	36.0

La natalité de Québec est plus élevée encore que celle de la Province et beaucoup plus que celle de Montréal et surtout celle des Etats-Unis descendue à 17 et celle d'Ontario à 16.6.

En 1937, si le taux de mortalité de Québec avait été égal à celui de la Province, soit 11.3, il y aurait eu dans la cité 1,638 décès au lieu de 1,938, c'est-à-dire 300 décès en moins. Pour 1938, le même calcul donnerait 1,485 décès pour Québec, au lieu de 1,902, soit 417 décès en moins, ou 717 vies pendant ces deux années, qui auraient été sauvées si le taux de mortalité de la cité de Québec avait été le même que celui de la Province. Le même calcul indiquerait que 745 vies auraient été épargnées, si le taux de mortalité de la cité de Québec avait été le même que celui de Montréal, pour 1937 et 1938.

Si nous considérons seulement la mortalité infantile, nous trouvons qu'au taux de 100 par 1,000 naissances pour la Province, en 1937, la cité de Québec aurait eu 380 décès de 0 à 1 an, au lieu de 540 et au taux de 84 pour 1938, 310 décès de 0 à 1 an, au lieu de 455, c'est-à-dire que pour ces deux années 305 enfants sont morts à Québec avant la fin de leur première année, qui vivraient encore si le taux de mortalité infantile de la cité de Québec n'avait pas dépassé celui de la Province.

Ce même calcul fait en prenant le taux de mortalité infantile de Montréal, pour 1937 et 1938, indiquerait que 367 enfants de 0 à 1 an auraient été sauvés, si la cité de Québec avait eu le taux de mortalité infantile de Montréal.

Il est admis que le taux de mortalité par tuberculose de la Province est beaucoup trop élevé, 88.3 par 100,000 de population en 1937 et 82. en 1938, le taux de Montréal ayant été de 82.2 en 1937 et 74.8 en 1938, comparé à celui de Québec qui dépasse certainement 125, si nous tenons compte de tous les tuberculeux de Québec décédés ailleurs.

Au taux de la Province, pour 1937 et 1938, la cité de Québec aurait eu 114 décès par tuberculose en moins, c'est-à-dire 249 décès pour les deux années, au lieu de 363. Au taux de Montréal, Québec aurait enregistré 133 décès en moins par tuberculose, soit 230 au lieu de 363, pour 1937 et 1938.

Cette comparaison est encore plus frappante au sujet de la diphtérie, à cause de l'épidémie qui fait ses ravages à Québec, depuis plus de quatre ans. Si nous prenons le taux moyen de 9 décès par 100,000 de population causés par la diphtérie dans notre Province en 1937 et 1938, la cité de Québec, à ce taux, n'aurait eu que 27 décès pour les deux années, au lieu de 121. Au taux de Montréal, 3 décès par 100,000 de population, Québec aurait eu, en 1937 et 1938, seulement 9 décès par diphtérie, au lieu de 121. Il faut noter qu'en 1926, Montréal avait un taux de mortalité par diphtérie de 30 par 100,000 de population, qui a été réduit à 3 par 100,000 en 1938, grâce à l'immunisation.

Ces chiffres démontrent bien dans quelle direction doivent converger nos activités en hygiène publique et médecine préventive si nous voulons reprendre le temps perdu et surtout dépasser nos voisins. Dans notre Province, et surtout dans la cité de Québec, nous *mourons avant d'avoir vécu*, en ce sens qu'un nombre trop considérable de nos décès ont lieu avant quarante ans et même vingt ans, c'est-à-dire avant ou au moment où ces concitoyens seraient le plus utiles à notre pays, à notre ville et surtout à notre race, avec le résultat que notre population "ne prend pas de l'âge." Le phénomène contraire s'est produit en Ontario, dû en grande partie au travail qui a été fait depuis vingt-cinq ans pour combattre les maladies qu'il est possible de prévenir et contre lesquelles nous avons des armes puissantes: typhoide, tuberculose, mortalité infantile, maladies infectieuses, etc. Comme résultat, ces maladies n'existent plus pour eux à l'état de problème aigü et ils doivent maintenant diriger leurs efforts vers une tâche plus difficile, celle de la prévention de maladies contre lesquelles les moyens d'attaque sont plus limités: cancer, maladies du coeur, affections des artères, pneumonie, morts violentes, etc., mais il s'agit d'une façon générale de maladies qui surviennent à un âge relativement avancé, c'est-à-dire "après avoir vécu", après avoir été utiles à la société et contribué au bien-être général.

Nous avons pu extraire des rapports fédéraux et pour une période de douze ans, de 1926 à 1937, les chiffres officiels pour ces deux groupes de maladies et comparer les deux provinces Québec et Ontario, afin de trouver les conclusions qui s'imposent et bien indiquer dans quelle direction doivent être dirigés nos efforts. Inutile d'ajouter que ceci s'applique également à la cité de Québec, puisque sa population représente presque le vingtième de celle de notre province et que ses décès dépassent cette proportion.

DECES (AVANT 40 ANS)

Période de 12 années.—(1926 à 1937 inclusivement)

Maladies	Canada	Prov. Québec	Ontario	Canada—P.Q.
Typhoide et paratyphoide	5,164	3,129	817	2,035
Diphtérie	6,964	3,292	1,604	3,672
Tuberculose (toutes for.)	88,271	36,825	19,168	51,446
Maladies du 1er âge	96,493	40,334	24,913	56,159
Total	196,892	83,580	46,502	113,312
%	100%	42.4%	23.6%	57.6%
% de la populat. 1937	100%	28.2%	33.4%	71.8%

DECES (PRATIQUEMENT APRES 40 ANS)

Cancer	117,752	29,366	45,602	88,386
Maladies du coeur	158,964	41,462	67,210	117,502
Maladies des artères	83,592	15,353	43,414	68,239
Morts violentes	81,867	18,566	31,617	63,301
Total	442,175	104,747	187,843	337,428
%	100%	23.7%	42.5%	76.3%
% de la populat. 1937	100%	28.2%	33.4%	71.8%
Grand total	639,067	188,327	234,345	450,740
%	100%	29.4%	36.6%	70.6%

Ce tableau démontre que pour le premier groupe de ces maladies, qui surviennent généralement avant quarante et même vingt ans, notre Province a enregistré, depuis douze ans, 42.4% des décès et l'Ontario seulement 23.6%. L'inverse a eu lieu pour les maladies du second groupe, qui arrivent généralement après quarante ans: Province de Québec 23.7%: Ontario 42.5%.

Cependant, si nous faisons le grand total, nous constatons que la Province de Québec, avec 28.2% de la population du Canada, a eu 29.4% de ces deux groupes de décès, alors que l'Ontario dont la population représente 33.4% de la population totale, en a compté 36.6%. Il faut donc en conclure que pour la Province de Québec, y compris la cité de Québec, nous mourons *avant d'avoir vécu,* alors que nos voisins meurent *après avoir vécu.*

Il est bien entendu qu'il faut mourir et comme le proclamait un grand humoriste: "Il y a deux choses absolument certaines: la mort et les taxes". Les hygiénistes n'ont jamais prétendu pouvoir braver la Providence en découvrant des procédés qui assureraient l'immortalité. Toute la doctrine de l'hygiène et de la médecine préventive consiste à enseigner et mettre en pratique les mesures nécessaires pour prévenir les décès *prématurés* et assurer à la population la santé et la vigueur physique dont elle a besoin pour remplir sa mission.

Tout ceci peut être accompli, dans le cas de la cité de Québec, par un Département de Santé publique bien organisé, ayant un programme bien élaboré, un budget suffisant, un personnel compétent et surtout sa complète liberté d'action.

Il appartiendra aux autorités municipales, maintenant au fait de la situation, d'étudier avec soin les recommandations contenues dans ce rapport et de prendre les mesures voulues pour doter Québec d'un Département de Santé publique réellement efficace et qui assurera à la population le plus grand de tous les biens: la santé, comme Son Honneur le Maire en faisait le souhait dans son message du premier Jour de l'An.

Il résumait bien dans ce souhait les paroles restées célèbres du grand homme d'état anglais, Disraëli, que nous tenons à citer en terminant ce travail, parce qu'elles sont toujours vraies:

"La santé publique est la base sur laquelle reposent le bonheur du peuple et la puissance de l'état. Choisissez le plus beau royaume, donnez-lui des citoyens intelligents et laborieux, des industriels prospères et une agriculture florissante; que l'art y fleurisse et que les architectes recouvrent son territoire de temples et de palais; pour défendre ces richesses, ayez les armées les plus modernes, une flotte et des torpilleurs: si la population demeure stationnaire, si elle décroît d'année en année, en vigueur et en stature, la nation périra. Et c'est pourquoi je considère que le premier devoir d'un homme d'état c'est de travailler à la conservation de la santé publique, et toute réforme faite dans ce but doit avoir la priorité sur toutes les autres".

(Disraëli)