



2017 Joint Conference

Canadian Society for the History of Medicine
& Canadian Association for the History of Nursing

27-29 May 2017

Ryerson University, Toronto

ABSTRACTS | RÉSUMÉS

2017 Program Committee:

Francois Guérard, Alexandre Klein (Co-chair), Susan Lamb (Co-chair), Maureen Lux,
Michel Shamy, Susan Smith, Whitney Wood, Lydia Wytenbroek

Colloque conjoint

La Société canadienne d'histoire de la médecine
& l'Association canadienne pour l'histoire du nursing

27-29 mai 2017

Ryerson University, Toronto



Panel	Name Nom	Page
H1	Angers, Daniel	67
E2	Arsenault, Mathieu	43
A1	Astell, Alexander	4
E2	Atkinson, Esther	42
A3	Aubin, Karine	10
D2	Auger-Day, Ceilidh	35
B1	Baboi, Oana	13
D1	Bacopoulos-Viau, Alexandra	32
G3	Barrett, Matthew	65
H2	Bazar, Jennifer	72
D1	Benzaquén, Adriana	30
A3	Boschma, Geertje	11
A2	Bozzo, Nina	6
B1	Brenner, Elma	12
C1	Bruyninx, Gladys	23
B3	Burnett, Kristin	20
F3	Burnett, Kristin	57
G2	Burris, Kevin	61
E1	Calabrò, Cosimo	39
C2	Connor, J.T.H.	25
D1	Dacome, Lucia	31
F1	David, Mirela	50
C3	Delille, Emmanuel	29
A2	Doria , Corinne	7
H1	Foth, Thomas	69
C1	Foth, Thomas	22
H2	Fraser, Jennifer	70
D2	Gallagher-Cohoon, Erin	34
A3	Green-Stewart, Sandria	9
H1	Harchaoui, Elsa-Karine	68
G2	Harrisson, Sandra	62
G1	Hay, Travis	60
F3	Hay, Travis	57
C3	Helmstadter, Carol	27
J1	Hnatuk, Tyler	78
F3	Howell, Jordan	55
H3	Iozzo-Duval, Alessandra	75
G2	Istead, Jeremy	63
A1	Jelinski, Jamie	3
F2	Jenkins, Jane	53
B2	Jin, Andy	15
C2	Joven, Arnel E.	24
F3	Kelm, Mary-Ellen	56

Panel	Name Nom	Page
B3	Klein, Alexandre	18
H3	Koester, Elizabeth	73
F1	Kroker, Kenton	48
C1	Lauzier, Kim	22
H3	Lieffers, Caroline	74
E2	MacDougall, Heather	44
G3	Mantle, Craig Leslie	64
B1	Marcellus, Lenora	14
C2	Marttinen, Terry-Lee	26
F1	McKenzie, Andrea	49
H1	McWatters, Cheryl	69
D3	Micu, Melissa	38
E1	Miron, Janet	40
H2	Mitchell, Ben	71
E2	Monnais, Laurence	44
G3	Montgomery, Adam	66
A1	Morefield, Heidi	5
F3	Mosa, Adam	54
C1	Nazon, Evy	21
G1	Neswald, Elizabeth	58
J1	Neufeld, Matthew	76
E1	Oliveira, Guilherme de Sanches	41
B3	Ouellet, Nelson	19
F2	Patola, Ulysses	52
E3	Petry, Yvonne	45
E3	Quiney, Linda	47
D3	Razumenko, Fedir	37
A2	Richardson, Eliza	8
D3	Schweishelm, Kathryn	36
E3	Siena, Kevin	46
C1	Smith, Kylie	22
B3	Stettner, Shannon	20
G2	Thifault, Marie-Claude	62
D2	Vandenberg, Helen	33
C3	Vicedo, Marga	28
G1	Vorobej, Lucy	59
J1	Wahl, Markus	79
B2	Weber, Alan S.	17
H2	Weidenhammer, Erich	70
J1	Wickham, Blaine	77
F2	Wood, Whitney	51
B2	Wytenbroek, Lydia	16
H1	Zombre, Inès	68

**“Wrought With an Electric Needle”:
Professional Tattooing’s Regulation in Urban Canada (Panel A1)**
Jamie Jelinski (Queen’s University)

Beginning in the early twentieth century, professional tattooing began to establish itself within the urban milieus of several major Canadian cities. To practice this form of cultural production and earn a steady income, tattooists typically located themselves in areas characterized by high population density and social interaction in order to attract an array of potential customers. In a number of well-documented and often highly publicized instances, however, tattooing such a wide-ranging public came at a significant cost to local tattooists. As tattooing started to become more prevalent in urban Canada, political, medical, and legal authorities soon sought to regulate the practice and at times punish tattooists—through both legal means and informally through social stigma—using a number of institutional mechanisms available to them ranging from prison sentences to increased media scrutiny. Utilizing a breadth of primary research including archival documents, legal sources, and newspaper articles, this paper comparatively investigates how municipal authorities in Montreal, Calgary, and Winnipeg attempted to curtail the practice of tattooing between the years 1924 and 1964. By investigating the regulation of tattooing through case studies on the aforementioned cities and reconstructing these events in the form of a chronological narrative, I highlight the complex relationship between tattooing and its practitioners, the urban public as clients, and local regulatory authorities. In doing so I argue that although the regulation of tattooing was typically presented as a public health concern, such efforts were actually an attempt to limit what authorities considered a morally and aesthetically reprehensible practice.

**« Provoqué par une aiguille électrique » :
Réglementation du tatouage professionnel en milieu urbain au Canada (Panel A1)**
Jamie Jelinski (Queen’s University)

À partir du début du XXe siècle, des tatoueurs professionnels ont commencé à s’établir en milieu urbain dans plusieurs grandes villes canadiennes. Pour pratiquer cette forme de production culturelle et s’assurer un revenu stable, les tatoueurs s’installaient en général dans des zones à forte densité de population où l’interaction sociale était forte, afin d’attirer la plus large clientèle possible. Cependant, dans un certain nombre de cas bien documentés et qui ont souvent beaucoup fait parler d’eux, le fait de viser un public si large a coûté cher aux tatoueurs locaux. Le tatouage devenant une pratique plus fréquente dans le Canada urbain, les autorités politiques, médicales et judiciaires ne tardèrent pas à réglementer cette pratique et parfois à sévir à l’encontre des tatoueurs – par des moyens tant légaux qu’informels, par le biais d’une stigmatisation sociale – en recourant à un certain nombre de mécanismes institutionnels à leur disposition, allant des peines de prison jusqu’à un regard médiatique de plus en plus inquisiteur. À partir de sources premières de grande ampleur, incluant documents d’archives, dossiers juridiques et articles de journaux, cet article mène une enquête comparative sur la façon dont les autorités municipales de Montréal, Calgary et Winnipeg se sont efforcées de limiter la pratique du tatouage entre les années 1924 et 1964. En enquêtant sur la réglementation du tatouage à partir d’études de cas dans les villes susmentionnées, et en reconstituant ces événements sous la forme d’un récit chronologique, je souligne la relation complexe entre le tatouage et ses praticiens, la clientèle urbaine et les instances de régulation. Ce faisant, je montre que, bien que la réglementation du tatouage ait été en général présentée comme relevant d’un souci de santé publique, ces efforts constituaient en réalité une tentative d’enrayer cette pratique que les autorités tenaient pour moralement et esthétiquement répréhensible.

Looking death in the face: a history of advance directives in Ontario (Panel A1)

Alexander Astell (Queen's University)

Advance Directives (AD) first arose in 1969 in the USA in the form of a “living will.” Their creation was preceded by and entangled in the development of numerous life sustaining technologies that came to define critical care medicine. Initially limited in uptake, AD gained popularity following high-profile legal cases and changes in government and hospital policy. In 1985, the New Jersey Supreme Court gave legal protection to physicians to withdraw life support from Karen Ann Quinlan. This decision was upheld in 1990 by the US Supreme Court in the case of Nancy Cruzan. By the early 1990s, recognition of AD had become a standard of American medical care, although legal disputes, such as the 2005 case of Terri Schiavo, continued to erupt. Since that time, implementation of AD have become widespread in Canada as well, and attitudes towards end-of-life have continued to evolve. Sue Rodriguez of British Columbia unsuccessfully appealed the Criminal Code statute against assisted suicide in 1994, and died with the assistance of an anonymous physician. The family of Hassan Rasouli obtained Supreme Court of Canada backing in 2013 to oppose withdrawal of life support deemed futile by his treating physicians. Nonetheless, the passing of Bill C-14 in 2016 by the Canadian Parliament permitting physician-assisted suicide reflects a change in attitudes amongst the Canadian population. Previous work has charted the course of AD, often as it relates to major policy changes in the USA. However, the history and development of AD in Canada, specifically in Ontario, remains unexplored. This work charts the history of AD in Ontario, following the legal developments that led to the formal recognition of AD in the 1996 Health Care Consent Act, as well as the response from hospitals and major physician organizations toward the implementation of AD. It also examines the less than enthusiastic public response to AD and the reasons why AD have not become ubiquitous after nearly 50 years of existence. In seeing AD as a surrogate for public attitudes towards death, we can appreciate how our healthcare system attempts to address the needs of our critically ill.

Regarder la mort en face : l'histoire des directives anticipées en Ontario (Panel A1)

Alexander Astell (Queen's University)

Les directives anticipées (DA) ont connu leur essor en 1969 aux États-Unis sous forme de « testaments biologiques » (living will). La création des DA a été mêlée aux débats et aux développements qui entouraient les nouvelles technologies du maintien de la vie qui ont fini par définir la médecine des soins intensifs. Initialement les DA sont peu populaires, mais leur réputation se répand suite à de nombreuses affaires juridiques de renom, ainsi que des changements quant à la politique gouvernementale et hospitalière. En 1985, la Cour suprême du New Jersey a assuré la protection légale des médecins afin qu'ils débranchent le respirateur artificiel de Karen Ann Quinlan. Cette décision a été confirmée en 1990 par la Cour suprême des États-Unis quant au cas de Nancy Cruzan. Dès le début des années 1990 la reconnaissance des DA était devenue un standard des soins médicaux américains, en dépit du fait que certaines affaires juridiques—tel le cas de Terri Schiavo en 2005—continuaient à créer des polémiques. Depuis, la mise en œuvre des DA est devenue chose courante au Canada également, et les attitudes vis-à-vis des soins en fin de vie ont continué à évoluer. Sue Rodriguez (habitante de la Colombie-Britannique) a contesté sans succès la loi contre l'aide au suicide du Code criminel en 1994; elle est morte grâce à l'aide d'un médecin anonyme. En 2013 la famille de Hassan Rasouli obtient le soutien de la Cour suprême du Canada afin d'empêcher les médecins de retirer le respirateur que ceux-ci jugent futile. Néanmoins, l'adoption du projet de loi C-14 par le Parlement du Canada autorisant le suicide assisté reflète un changement d'attitude parmi la population canadienne. Les travaux antérieurs ont esquissé la trajectoire des DA, souvent dans la mesure où elle correspond aux changements politiques majeurs des États-Unis. Toutefois, l'histoire et le développement des DA au Canada, plus précisément en Ontario, demeurent inexplorés. Ce travail explore l'histoire des DA en Ontario en suivant les développements juridiques qui ont mené à la reconnaissance officielle des DA dans la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé, ainsi que la réponse des hôpitaux et des organisations importantes de médecins en ce qui concerne la mise en œuvre des DA. De plus, ce travail examine la réaction moins enthousiasmée du public face aux DA et les raisons pour lesquelles les DA ne sont pas devenues omniprésentes après cinquante années d'existence. En percevant les DA comme un substitut des attitudes publiques vis-à-vis de la mort, nous pouvons comprendre comment notre système de santé tente de répondre aux besoins de nos patients gravement malades.

Appropriate for whom?

Interpreting Appropriate Technology in International Health (Panel A1)

Heidi Morefield (Johns Hopkins University)

In 1975, then-Secretary General of the World Health Organization Halfdan Mahler announced that the new priority of the organization he had assumed leadership of was to ensure the delivery of appropriate technology to the developing world. Although advocates for economic development, international health, and the environment coalesced around the concept, scientists and policymakers from the global South interpreted appropriate technology very differently from their global North counterparts. This paper aims to trace the historical meanings and interpretations of appropriate technology in the 1970s-80s, with a particular focus on the views of global South actors. Debates over what was appropriate, and to whom, played out in a series of international conferences aimed at articulating the role of science and technology for development. Drawing on archives from the United Nations and USAID as well as conference proceedings, personal paper collections, newspapers, and technical manuals, this paper argues that pushing for more advanced, “high-tech” interpretations of the appropriate technology policy was a way that those in the global South—especially newly-independent states in Africa and Asia—challenged Northern hegemony over scientific knowledge and made claims to their own modernity. In examining the contingent processes of how technologies were selected as “appropriate” in different settings, this paper shows that scientists and policymakers in the global South played a significant role in negotiating the definition of appropriate technology. This had important implications for how the concept, and the technologies themselves, were received in the local communities they were intended to benefit.

Approprié pour qui? Les débats sur l’interprétation de la « technologie appropriée » en santé internationale (Panel A1)

Heidi Morefield (Johns Hopkins University)

En 1975, le secrétaire général de l’Organisation Mondiale de la Santé, Halfdan Mahler, a annoncé que la nouvelle priorité de l’organisation dont il avait assumé la direction était d’assurer la fourniture de technologies appropriées aux pays en développement. Bien que les défenseurs du développement économique, de la santé internationale, et de l’environnement se soient regroupés autour du concept, les scientifiques et les décideurs du Sud global ont interprété une technologie appropriée très différemment de leur homologues du Nord. Cet article a pour but de retracer les significations historiques et les interprétations de la technologie appropriée dans les années 1970-1980, en mettant l’accent sur les points de vue des acteurs du Sud. Des débats sur ce qui était approprié, et à qui, a joué dans une série de conférences internationales visant à articuler le rôle de la science et la technologie pour le développement. S’appuyant sur les archives de l’ONU et de l’USAID, ainsi que sur les actes de conférences, les collections des papiers personnels, les journaux, et les manuels techniques, le présent article préconise que les interprétations plus avancées et «high-tech» dans le Sud global—en particulier les états nouvellement indépendants en Afrique et en Asie—ont contesté l’hégémonie nordique sur les connaissances scientifiques et revendiqué leur propre modernité. En examinant les processus contingents de la sélection des technologies comme «appropriées» dans différents contextes, cet article montre que les scientifiques et les décideurs du Sud global ont joué un rôle important dans la négociation de la définition de la technologie appropriée. Cela a eu des conséquences importantes sur la façon dont le concept et les technologies elles-mêmes ont été reçus dans les communautés locales auxquelles ils étaient destinés.

Sir William Peterson, McGillikens and Oslerians—Oh My!: A study of the McGill University No.3 Canadian General Hospital at Home and Overseas (Panel A2)

Nina Bozzo (Western University)

On October 6, 1916 McGill Principal William Peterson spoke to a university audience about the McGill University No.3 Canadian General Hospital (the McGill unit) and its efforts overseas, calling it, "...a place apart." After visiting the unit in France in August, Peterson saw how medical professionals, who had held academic positions prior to the war, banded together to tackle new medical problems and survive the rigours of the First World War. As one of thirteen university-funded medical units overseas, the McGill unit was one of the earliest and largest medical units formed and presents an ideal case study to examine the impact of the war on university education, the efforts of non-combatative soldiers, and the influence of civilian medicine in the military. These themes of medical education, warfare, and civilian and military medicine can be identified in three complementary collections related to the McGill unit: Sir William Peterson's papers, the trench newspaper The McGilliken, and the letters of Sir William Osler. The Peterson collection shows the impact on the university, which volunteered its resources, staff, and students for the war effort. As a contrast The McGilliken, a trench newspaper written by members of the unit that was sanctioned by its Commanding Officer H.S. Birkett, focused on the unit's personnel, noting such occurrences as deaths, illnesses, and transfers. The newspaper vividly described, through prose and poem, the challenges confronted by the unit. Sir William Osler wrote and received letters from members of the unit, including his son, that reveal the challenges faced by medical practitioners during the war amidst a changing military system and increasing numbers of disease and injury. Each of these sources enrich our understanding of the unit as a whole through changes that happened in the different levels of administration and personnel. Medical education played a vital role in the function and actions of each unit since the members had close ties to their communities, institutions, and colleagues at home.

Sir William Peterson, McGillikens et les Oslériens—Ça alors! Une étude de l'hôpital général canadien no 3 de l'Université McGill au Canada et à l'étranger (Panel A2)

Nina Bozzo (Western University)

Le 6 octobre 1916, William Peterson, principal de l'université McGill, a, devant un public universitaire, parlé de l'hôpital général canadien no 3 de l'Université McGill (l'unité McGill) et de ses efforts à l'étranger, le qualifiant d'un « monde à part ». Après s'être rendu en France en août de la même année, M. Peterson a pu voir comment les professionnels de la santé, qui avaient occupé des postes universitaires avant la guerre, s'étaient réunis pour aborder les nouveaux problèmes médicaux et survivre aux rigueurs de la Première Guerre mondiale. En tant que l'une des treize unités médicales financées par l'université à l'étranger, l'unité McGill est l'une des plus anciennes et représente aujourd'hui une étude de cas idéale pour examiner l'impact de la guerre sur les études universitaires, les efforts des soldats non combattants et l'influence de la médecine civile dans l'armée. Ces thèmes des études universitaires, de la guerre et de la médecine civile et militaire sont abordés dans trois collections complémentaires concernant l'unité McGill : les documents de Sir William Peterson, le journal des tranchées The McGilliken et la correspondance de Sir William Osler. La Collection Peterson démontre l'impact sur l'université qui a fait don de ses ressources, de son personnel et de ses étudiants pour soutenir l'effort de guerre. Le journal des tranchées The McGilliken, rédigé par des membres de l'unité et approuvé par son commandant H.S. Birkett, se concentre quant à lui sur le personnel de l'unité, en notant des événements tels que les décès, les maladies et les transferts. Le journal décrit de façon saisissante sous forme de prose et de poésie les défis auxquels fut confrontée l'unité. Sir William Osler écrivit et reçut des lettres provenant des membres de l'unité, dont son fils, qui révèlent les difficultés rencontrées par les médecins pendant la guerre en présence d'un système militaire en évolution et de malades et de blessés toujours plus nombreux. Ces sources contribuent chacune à mieux nous faire comprendre comment fonctionnait l'unité dans son ensemble au fil des changements qui ont touché les différents niveaux de l'administration et du personnel. Les études médicales ont joué un rôle essentiel dans la fonction et les actions de chaque unité étant donné les liens étroits de leurs membres avec leurs communautés, leurs institutions et leurs collègues de la mère patrie.

« Des ténèbres vers la lumière »: Témoignages d'aveugles de guerre canadiens de la Première et Seconde Guerre mondiale (Panel A2)

Corinne Doria (Université Paris 1-Panthéon-Sorbonne)

Le 7 juin 1917, James H. Rawlinson, soldat du 170 bataillon d'infanterie du Canadian Expeditionary Force, est blessé par un éclat d'obus qui le prive de la vue pour toujours. Entré dans l'institut St. Dunstan pour la rééducation des aveugles de guerre de Londres, il apprend le Braille et ainsi que le métier de charpentier, avant de rentrer dans son Ottawa natal. En 1919, il publie *From St. Dunstan to Light*, un ouvrage où il raconte le drame de sa blessure, sa rééducation et de son retour dans la société civile. Faisant partie de plusieurs milliers de canadiens qui ont perdu la vue en situation de guerre, Rawlinson est un de rares vétérans qui ont décidé de raconter leur expérience en un ouvrage (avec Rawlinson, nous citons John Windsor, auteur de *Blind Date*, 1962 et de David Dorward, *The Gold Cross: One Man's Window on the World*, 1978 et de Neil Hamilton, *Wings of Courage: A Lifetime of Triumph over Adversity*, 2000, Barney Danson, *Not Bad for a Sergeant*, 2002, les quatre ayant combattu dans l'armée canadienne pendant la Seconde Guerre mondiale). Récits retraçant des parcours individuels « des ténèbres vers la lumière » et écrits dans le but déclaré de donner du courage à ceux qui ont vécu le même drame, ces ouvrages nous témoignent également des soins administrés aux blessés des yeux, du type de rééducation qui leur est proposée, de leur retour dans la société civile, et de l'évolution de ces pratiques entre le premier et deuxième conflit mondial. À travers l'analyse d'un corpus de textes encore peu étudiés, cette communication se propose d'attirer la focale sur un pan de l'histoire canadienne—celle des mutilés de guerre et de leur réinsertion sociale et professionnelle—vers lequel l'historiographie des dernières années se montre de plus en plus attentive (Gerber, 2000, Duflinger, 2010).

"From Darkness to Light":

Biographies of Canadian War Blind of the First and Second World Wars (Panel A2)

Corinne Doria (Université Paris 1-Panthéon-Sorbonne)

On June 7, 1917, James H. Rawlinson, a soldier of the 170th infantry battalion of the Canadian Expeditionary Force, was wounded by shrapnel and lost his sight. He entered the St. Dunstan Institute for the Rehabilitation of the War Blind in London, learnt Braille and the trade of carpenter before returning to his native Ottawa. In 1919, he published *From St. Dunstan to Light*, in which he recorded the memories of his injury, his re-educational process and his return to civil society. Rawlinson is among the few Canadian blind veterans who decided to tell their stories in a book. Like him, other blind soldiers have written their autobiographies, such as John Windsor, author of *Blind Date*, 1962, David Dorward, *The Gold Cross: One Man's Window on the World*, 1978, Neil Hamilton, *Wings of Courage: A Lifetime of Triumph over Adversity*, 2000, and Barney Danson, *Not Bad for a Sergeant, Canadian Army during the Second World War*. These tales relate individual patterns "from darkness to light" and are written with the declared purpose of giving courage to those who have experienced the same drama. They also testify about the care given to the eye-wounded soldiers, the type of rehabilitation which was proposed, their return to civil society, and the evolution of these practices between world war one and world war two. Through the untapped analysis sources, this paper proposes to focus on this sliver of Canadian history—that of maimed veterans and their social and professional reintegration—about which recent historiography is growing more and more attentive (Gerber, 2000, Duflinger, 2010).

“For Whom Neither Spouse Nor Child Shall Mourn”: The postwar lives of the Canadian Army Medical Corps Nursing Sisters (Panel A2)

Eliza Richardson (Wilfrid Laurier University)

Between 1914 and 1918, over three thousand Nursing Sisters enlisted in the Canadian Army Medical Corps, of which approximately 2500 served overseas. Affectionately known as the “Bluebirds”—a reference to their navy blue uniforms—these women served in hospitals throughout Europe. At the time of their enlistment, most were single, in their late-twenties, and Caucasian. Their work was not without danger, and forty-six Nursing sisters died while in service. Nursing Sisters volunteered for service in the C.A.M.C at the outbreak of hostilities, and returned to civilian life at the end of the conflict. Unlike Nursing Sisters in other countries, the Canadian Bluebirds were awarded a rank; consequently, they can be considered some of Canada’s first female veterans. Yet, unlike the male veteran of the Great War, who is receiving a growing level of historical attention, the female veteran, namely the Nursing Sister, has been all but ignored. Using the World War I Pension files, currently being digitized by the Laurier Centre for Military Strategic and Disarmament Studies, this paper will make a first foray into bringing from historical obscurity the postwar lives of the C.A.M.C Bluebirds. While their lives and experiences were shaped by gender expectations and norms, women sometimes adhered to them and sometimes challenged them. The pension files reveal that a significant number worked outside the home, and in many cases, were acknowledged by both their relatives and the government as the family breadwinner, even when they were married. Yet, female veterans also faced unique hurdles when it came to proving that health issues were related to their war service as they had to overcome the notion that women had not generally been in harm’s way. In short, this paper reveals the complexities of the choices and lived experiences faced by C.A.M.C. Nursing Sisters after the Great War. At that conflict’s centenary, it is essential that we remember that both men and women were caught up in the war and its aftermath. This is essential to de-masculinizing the “veteran” and writing women’s voices and experiences back into the historical narrative.

“For Whom Neither Spouse Nor Child Shall Mourn”: La vie d'après-guerre des infirmières du Corps médical de l'Armée canadienne (Panel A2)

Eliza Richardson (Wilfrid Laurier University)

Entre 1914 et 1918, près de 3000 infirmières militaires s’enrôlèrent comme officières dans le Corps médical de l’Armée canadienne, et parmi ces officières, plus de 2500 servirent outre-mer. Connues sous le sobriquet affectueux des “Oiseaux bleus” en référence à la couleur bleu-marine de leur uniforme, elles ont servi dans des hôpitaux militaires à travers l’Europe. À leur enrôlement, la plupart étaient célibataires, à la fin de leur vingtaine et de race blanche. Leur travail n’était pas sans danger et quarante-six perdirent leurs vies lors de leur service. Les infirmières militaires se sont engagées comme volontaires dans l’armée au début des hostilités, et à la fin du conflit, elles retournèrent à leurs vies normales. Contrairement aux infirmières des autres pays, les “Oiseaux bleus” ont obtenu un grade et elles étaient donc considérées comme vétérans par le gouvernement canadien. Toutefois, lorsque les vétérans masculins de la Première Guerre mondiale reçoivent plus en plus de reconnaissance historique, les vétérans féminins, surtout les infirmières, ont été presque oubliés. Avec les dossiers des pensions des vétérans de la Grande Guerre qui se font numériser par le Centre Laurier des études militaires stratégiques et du désarmement, cette présentation entame à éclairer la vie d’après-guerre de ces infirmières, les “Oiseaux bleus”. Malgré le fait que leurs vies et leurs expériences étaient déterminées par leur sexe, parfois ces femmes respectaient les normes liées à leur sexe et parfois elles les défiaient. Toujours selon les données du Centre Laurier, la plupart de ces femmes travaillaient hors du foyer et elles étaient considérées comme étant l’unique ou le principal gagne-pain familial par leurs proches et leurs familles, ainsi que par le gouvernement du Canada, même lorsqu’elles étaient mariées. Pourtant, les vétérans féminins ont dû surmonter plusieurs obstacles dans leurs demandes de pension : elles devaient démontrer les liens avec leurs problèmes de santé et leur service de guerre à un gouvernement et à une armée qui ne reconnaissaient pas les dangers du service des femmes. Pour conclure, cet article révèle la complexité de la vie d’après-guerre des “Oiseaux bleus”. Au centenaire de ce conflit, il est essentiel de démasculiniser le mot vétéran et d’entendre la voix de ces femmes courageuses en leur donnant une place dans le narratif historique.

The Care of Others in Colonial Jamaica, 1890-1920 (Panel A3)

Sandria Green-Stewart (McMaster University)

This presentation examines the evolution of women's roles as caregivers and social reformers through an exploration of the Deaconess Order to Jamaica between 1890 and 1920. It explores the intersection of religion, medicine and social reforms through the work of the Anglican Deaconess Sisters. Established by the Anglican Archbishop of Jamaica in 1890, the Deaconess Order to Jamaica was a non-ordained ministry for women, who according to the Jamaica Diocese provided "the care of our Lord's poor and sick; the education of the young; the religious instruction of the neglected; the work of moral reformation and duties of a kindred nature." (Jamaica Diocese, 1913,159) I argue that the Deaconess Order to Jamaica, like Deaconess Orders in Germany and Britain, established an industrious social order based on Maternalist western Christian morals and Victorian standards of gender, race and class in post-slavery Jamaica. Using sources produced by the Deaconess Sisters, I examine their roles as social reformers, missionaries, nurses and educators in colonial Jamaica. The primary focus is an exploration of their participation in transforming women's status through the evolution of nursing in Jamaica. The efforts of the de-established Anglican church in Jamaica and its local and British sisters helped to transform nursing. Young, formally-educated Christian women came to dominate nursing, displacing informally trained, middle aged Afro-Jamaican women who cared for others during slavery and the post-slavery periods. Local nurses, like their British counterparts were expected to demonstrate womanly duties through the practise of western medicine and inspired by Christian virtues. European respectability and Victorian ideas of race, gender, sexuality and nation determined how local women cared for others in colonial Jamaica. In this paper, I demonstrate that a second category of female caregivers provided care in Jamaica, however, unlike their "respectable" sisters, these more popular practitioners operated on the margins of the state. They subscribed to a complex array of cultural values and traditions inspired by influences from Europe, Africa and their experiences within post-slavery Jamaica.

Le soin des autres dans la Jamaïque coloniale, 1890-1920 (Panel A3)

Sandria Green-Stewart (McMaster University)

Cette présentation examine l'évolution des rôles des femmes en tant que soignantes et réformatrices sociales à travers une exploration de l'Ordre de la diaconie à la Jamaïque entre 1890 et 1920. Elle examine l'intersection de la religion, la médecine et les réformes sociales à travers le travail des sœurs anglicanes de diaconesse. Établie par l'archevêque anglican de la Jamaïque en 1890, l'Ordre de la diaconie à la Jamaïque était un ministère non ordonné pour les femmes, qui selon le diocèse de la Jamaïque a fourni « les soins des pauvres et des malades de notre Seigneur, l'éducation des jeunes, l'instruction religieuse des négligés, l'œuvre de la réforme morale et les devoirs d'une nature semblable ». (Diocèse de la Jamaïque, 1913, 159) Je soutiens que l'Ordre de la diaconie à la Jamaïque, comme les ordres de la diaconie en Allemagne et en Grande-Bretagne, a établi un ordre social industriel fondé sur la morale chrétienne occidentale maternaliste et les normes victoriennes de genre, de race et de classe dans la Jamaïque après l'esclavage. En utilisant des sources produites par les sœurs de la diaconie, j'examine leurs rôles de réformateurs sociaux, de missionnaires, d'infirmières et d'éducateurs dans la Jamaïque coloniale. L'objectif principal est d'explorer leur participation à la transformation du statut des femmes par l'évolution des soins infirmiers en Jamaïque. Les efforts déployés par l'église anglicane de la Jamaïque et de ses sœurs locales et britanniques ont contribué à transformer les soins infirmiers. Les jeunes femmes chrétiennes formellement formées venaient à dominer les soins infirmiers, en déplaçant des femmes afro-jamaïcaines d'âge moyen, formées de façon informelle, qui s'occupaient d'autrui pendant l'esclavage et les périodes post esclavage. Les infirmières locales, comme leurs homologues britanniques, devaient manifester des devoirs féminins par la pratique de la médecine occidentale et s'inspirer des vertus chrétiennes. La respectabilité européenne et les idées victoriennes de race, de sexe, de sexualité et de nation ont déterminé comment les femmes locales s'occupaient d'autrui en Jamaïque coloniale. Dans cet article, je montre qu'une deuxième catégorie de soignantes fournissait des soins en Jamaïque, mais contrairement à leurs «respectables» sœurs, ces praticiens plus populaires opéraient en marge de l'état. Ils ont souscrit à un éventail complexe de valeurs culturelles et de traditions inspirées par les influences de l'Europe, de l'Afrique et de leurs expériences dans la Jamaïque après l'esclavage.

Entre esprit et corps : analyse des notes d'observation des infirmières sur un malade à l'Hôpital Saint-Michel-Archange de Beauport (Panel A3)

Karine Aubin (Université d'Ottawa)

Un malade, des infirmières, un hôpital psychiatrique. Le rapport entre le malade et l'institution psychiatrique change au Québec à la suite de la parution du rapport de la *Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques* de 1962 et de la mise en action des recommandations proposées. L'archive médicale demeure une trace qui documente ces changements tant pour la personne malade que pour l'infirmière. Normée par un cadre législatif et une hiérarchie professionnelle de plus en plus contraignants, l'archive médicale n'en dévoile pas moins la centralité des pratiques infirmières dans la vie de la personne malade, étant au coeur de la majorité des interventions thérapeutiques. En plus de tracer les pratiques des infirmières, l'archive médicale procure un regard sur l'autre, sur ce malade, dans une société en mouvement. Ce regard, multiple par le nombre d'infirmières qui interviennent dans la vie d'une personne malade, dénote également d'une continuité des pratiques sur une longue durée; la durée d'une vie. Pratiques orientées sur l'esprit de la personne malade en annotant ses comportements, ses interactions avec les autres, au jour le jour. Ces interventions n'en restent pas qu'à l'esprit, elles se dirigent aussi vers le corps de ce malade, ce corps vieillissant, changeant au fil du temps, au fil des traitements. Cette dualité, esprit et corps, fait partie intrinsèque des pratiques infirmières; silencieuse dans l'historiographie. Cette communication portera plus particulièrement sur l'étude d'un dossier médical, un homme hospitalisé pour la première fois en 1961 à l'Hôpital Saint-Michel-Archange de Beauport et décédé en 2006. Inspirée de la microhistoire, l'analyse s'articulera autour des notes d'observation des infirmières consignées sur un malade entre 1961 et 2006 représentant ainsi plus d'une quarantaine d'hospitalisations et tout autant de visites à la clinique externe de l'Hôpital Saint-Michel-Archange. Financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, cette communication est l'une des premières analyses historiques portant sur les pratiques infirmières de l'Hôpital Saint-Michel-Archange de Beauport pour la période contemporaine.

Between Mind and Body: An Analysis of Nurses' Observation Notes on a Patient at the Hôpital Saint-Michel-Archange de Beauport (Panel A3)

Karine Aubin (Université d'Ottawa)

A patient, nurses, a psychiatric hospital. The relation between the patient and the psychiatric institution changes in Quebec following the publication in 1962, of a report by the *Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques* and the implementation of the suggested recommendations. Medical archives remain a record that documents those changes for both the patient and the nurse. Standardized by a legislative framework and a professional hierarchy always more constraining, the medical archive nevertheless reveals the centrality of nursing practices in the everyday life of the patient, being at the heart of the majority of therapeutic interventions. As well as keeping a record of nursing practices, the medical archive provides a look at the other, this patient in an always changing society. This view, multiplied by the number of nurses involved in the life of the patient, also reveals a continuity of practices over a long period of time, the duration of a life. Those practices, targeting the mind of the patient, involved annotating their behaviours and their interactions with others on a daily basis. Interventions were not limited to the mind, but also to the body of this patient, this aging body changing as they grow old and as they go through many treatments. This duality between body and mind is inherent in nursing practises, silent in historiography. This communication will focus more specifically on the study of a medical record of a man hospitalized for the first time in 1961 at the Hôpital Saint-Michel-Archange de Beauport and who passed away in 2006. Inspired by microhistory, the analysis will be based on the observation notes recorded by the nurses on this patient between 1961 and 2006 representing more than forty hospitalizations and as many visits to the outpatient clinic of Hôpital Saint-Michel-Archange de Beauport. Funded by the Canadian Institutes of Health Research, this paper is one of the first historical analyzes of the nursing practices at the Hôpital Saint-Michel-Archange de Beauport for the contemporary period.

“You Had to Just Kind of Rub Her Cheek”: Memories and Emotions of Mental Deficiency Nurses in Alberta, Canada, 1945-1965 (Panel A3)

Geertje Boschma (University of British Columbia)

Mental deficiency nursing evolved as a distinct, yet little known field of nursing in several countries during the twentieth century. In Canada it became a separate area of nursing in only one of its provinces, Alberta, and it was tied to a large institution, called the Provincial Training School for the care of developmentally disabled children and, eventually, also adults. This paper contributes to the history of mental deficiency nursing, currently called intellectual disability nursing, an existing specialty actively practiced in the UK and Ireland for example. Alberta’s program was established in 1933 and discontinued forty years later, in 1973. I examine this history through the lens of mental deficiency nurses’ experiences shared in an oral history interview. These nurses worked in the institution in the mid-twentieth century. Their stories provide a unique perspective on a field of work that grew increasingly controversial during the latter half of the 20th century when public debate arose over the institutionalization of people with developmental disability. Moreover, the institution’s entanglement within an active eugenics policy and practice maintained in the province of Alberta until 1972 added to the controversy. Their stories provide insight in the perceptions and emotions of mental deficiency nurses, experienced and remembered some sixty years later in an interview. I examine how the nurses took up this work and how their professional identity was depicted and changed, especially as public debate arose from the 1970s onwards. The stories provide a unique micro-historical lens to explore larger social and cultural tensions over eugenics, disability, care and dependency, and over mental deficiency nurses’ work.

“Il suffisait de lui toucher un peu la joue”: Émotions et souvenirs d’infirmières du domaine de la déficience mentale en Alberta (Canada), de 1945 à 1965 (Panel A3)

Geertje Boschma (University of British Columbia)

Au cours du XXe siècle, les soins infirmiers en déficience mentale ont évolué dans plusieurs pays en un domaine distinct et pourtant peu connu. Au Canada, ces soins infirmiers ne sont devenus distincts que dans une seule province, l’Alberta. Ils se donnaient dans un établissement important du nom d’École de formation provinciale où l’on prenait soin d’enfants atteints de déficiences développementales et, plus tard, d’adultes aussi. Cet article contribue à l’histoire des soins infirmiers en déficience mentale, présentement appelés soins infirmiers en déficience intellectuelle, qui constituent une spécialité se pratiquant beaucoup à l’heure actuelle, par exemple au R.-U. et en Irlande. Établi en 1933, le programme de l’Alberta a été abandonné en 1973, 40 ans plus tard. J’examine cette histoire selon l’optique des expériences des infirmières de ce domaine, partagées lors d’entrevues d’histoire orale. Ces infirmières avaient travaillé dans l’établissement au milieu du XXe siècle. Leurs histoires donnent une perspective unique sur un champ de travail qui devint de plus en plus controversé durant la seconde moitié du XXe, lorsqu’un débat public sur l’institutionnalisation de personnes atteintes de déficiences développementales. Outre cela, l’implication de l’établissement par rapport à une politique et à une pratique d’eugénisme actif maintenues dans la province de l’Alberta jusqu’en 1972 a ajouté à la controverse. Leurs histoires révèlent les émotions et les perceptions des infirmières du domaine de la déficience mentale, vécues et remémorées quelque 60 années plus tard lors d’une entrevue. J’examine la façon dont les infirmières se sont acquittées de ce travail, ainsi que comment leur identité professionnelle a été présentée et a changé, particulièrement au moment où le débat public a émergé durant les années 70 et par la suite. Les histoires offrent une perspective microhistorique unique permettant d’étudier les tensions sociales et culturelles globales sur l’eugénisme, les déficiences, les soins et la dépendance, de même que sur le travail des infirmières du domaine de déficience mentale.

Sir William Osler and Early Printing on the French Disease (Panel B1)

Elma Brenner (Wellcome Library)

The French Disease (*Morbus gallicus*) suddenly affected Europeans in the 1490s, and was believed by many contemporaries to be a new phenomenon that was unknown to ancient medicine. Also described as the pox or the Neapolitan Disease, the French Disease can be roughly equated with modern-day syphilis, although the disease of the fifteenth and sixteenth centuries was not necessarily identical to syphilis as clinically defined today. In the 1490s and early 1500s, print was used as a medium for the rapid dissemination of information about the French Disease, and for debate among physicians and other authors about its causes, prevention and treatment. These printed texts were usually short and small in format, facilitating their ready exchange between readers. While many were written in Latin, some were translated into vernacular languages or composed from the outset in the vernacular. Since they formed part of a debate that was quickly developing, many of these pamphlets were ephemeral, replaced by readers with more up-to-date knowledge. The Osler Library in Montreal has a fine collection of these early printed works, many of which are very rare. These were largely acquired by the Canadian physician Sir William Osler (1849–1919), who had a particular interest in incunabula (pre-1501 printed books). Based on research conducted while holding a Research Travel Grant at the Osler Library, this paper will discuss printed works on the French Disease by Joseph Grünpeck, Simon Pistoris and other authors. It will also consider a unique item held by the Osler, a sixteenth-century manuscript copy of an English printed translation of Ulrich von Hutten's treatise on the French Disease first published in Latin in 1519. As well as exploring how different authors described and categorised the disease, the paper will discuss evidence for how early readers engaged with these texts, as shown by annotations and other readership marks. In addition, the paper will consider how and from whom these books were acquired by William Osler, and will compare his book-collecting approach to that of Sir Henry Wellcome (1853–1936), who also collected rare works on the French Disease and whose collection forms the basis of the Wellcome Library in London.

Sir William Osler et l'imprimerie précoce sur le mal de Naples (Panel B1)

Elma Brenner (Wellcome Library)

Le mal de Naples (*Morbus gallicus*) est arrivé soudainement en Europe pendant les années 1490. Puisque les médecins ne pouvaient pas facilement situer cette maladie dans le cadre de la médecine de l'Antiquité, beaucoup d'eux pensaient que c'était un phénomène entièrement nouveau. Le mal de Naples, appelé aussi 'le mal français', a partagé plusieurs aspects avec la syphilis d'aujourd'hui; néanmoins, il ne faut pas penser que les deux maladies soient identiques. Entre les années 1490 et le début du XVI^e siècle, les médecins et autres auteurs ont utilisé l'imprimerie pour communiquer rapidement des nouvelles informations sur le mal de Naples, et pour se discuter sur ses causes, sa prévention et son traitement. Leurs travaux ont été pour la plupart très courts, ce qui a facilité une communication rapide. Bien que quelques travaux ont été écrits en latin, d'autres ont été soit traduits en langues vernaculaires, soit composés dès l'origine en langue vernaculaire. De plus, faisant parti d'un débat qui se développait jour après jour, beaucoup de ces traités étaient éphémères, remplacés vite par des connaissances plus à jour. La Bibliothèque Osler à Montréal possède une collection importante de ces travaux, des ouvrages très rares y compris. La plupart de ces livres ont été acquis par Sir William Osler (1849–1919), le médecin canadien, qui s'intéressait beaucoup aux incunables (livres imprimés avant 1501). Basée sur les fruits d'une période de recherche effectuée à la Bibliothèque Osler, cette communication étudiera les ouvrages sur le mal de Naples par Joseph Grünpeck, Simon Pistoris et autres auteurs. De plus, elle examinera un manuscrit du XVI^e siècle tenu par la bibliothèque, qui représente une copie d'un livre imprimé sur le mal de Naples (la traduction anglaise imprimée du traité d'Ulrich von Hutten, imprimé en latin en 1519). La communication comparera les connaissances et explications de la maladie présentées par les différents auteurs. Elle étudiera aussi des signes de lecture, comme les notes marginales, dans et le manuscrit et les livres imprimés, signes qui montrent comment les lecteurs précoces se sont engagés avec ces textes. Enfin, la communication va considérer comment William Osler a pu acquérir ces livres pour sa collection. Elle comparera son approche comme collectionneur de livres avec celle de Sir Henry Wellcome (1853–1936), qui a lui aussi recueilli des livres rares sur le mal de Naples, qui se trouvent aujourd'hui dans la Bibliothèque Wellcome à Londres.

Confined medicine: Jesuit Medical Knowledge during the Canton Detention (Panel B1)

Oana Baboi (University of Toronto)

How to preserve and restore health while evangelizing overseas? Since its inception, one of the primary activities of the Society of Jesus was to send its members on evangelical missions to all corners of the world. As many Jesuits had difficulties adapting to the Asian climate and helplessly watched their bodies succumb to unfamiliar diseases, they became eager to learn about local healing practices. Only a few sources survive today to give evidence of early modern Jesuit missionaries' health concerns and engagement with medical knowledge and practice in China. One such rare manuscript belonged to François de Rougemont (Belgium, 1624-China, 1676). Entitled *Breve Compendio de Varias Receitas de Medicina* (Brief Compendium of Various Medicinal Recipes), the manuscript contains an extraordinarily rich collection of botanical notes, healing recipes, diagnostic techniques and treatments used by this Jesuit and his confreres while in the mission field. Annotations and commentaries included in this collection reveal the missionaries' concerns for their own wellbeing and survival during the harsh period of persecution and detention in Canton (1665-1670). Focusing on this collection comprising medical knowledge from Europe, India and China, my presentation looks at how the Jesuits gathered information from various sources to learn about the indigenous medicinal herbs in order to prepare and to administer remedies. In particular, it examines closely several examples of medicinal recipes collected by Padre Rougemont to demonstrate how the Jesuit missionaries acquired and experimented with traditional Chinese medical knowledge.

Médecine confinée: le savoir médical jésuite pendant la détention à Canton (Panel B1)

Oana Baboi (University of Toronto)

Comment préserver et restaurer la santé pendant l'évangélisation outre-mer ? Depuis ses origines, la Compagnie de Jésus avait parmi ses activités principales l'envoi de ses membres dans des missions évangéliques dans les quatre coins du monde. Face aux difficultés de l'adaptation au climat asiatique et voyant leurs corps succomber à des maladies étrangères, les Jésuites étaient désireux d'apprendre en quoi consistaient les pratiques médicales locales. Peu de sources survivent encore aujourd'hui pour témoigner de l'intérêt que portaient les Jésuites de l'Ancien Régime aux questions de santé et pour montrer leur attitude vis-à-vis des connaissances et des pratiques médicales chinoises. Un de ces rares manuscrits appartenait à François de Rougemont (Belgique, 1624-Chine, 1676). Intitulé *Breve Compendio de Varias Receitas de Medicina* (Bref compendium de diverses recettes médicales), le manuscrit contient une collection extraordinairement riches de notes botaniques, de recettes médicales, de techniques de diagnostiques et de traitements utilisés par ce Jésuite et ses confrères au cours de leurs missions. Les annotations et les commentaires inclus dans cette collection révèlent les préoccupations des missionnaires pour leur propre bien-être et survie durant la rude période de persécution et de détention à Canton (1665-1670). En se concentrant sur cette collection composée de savoirs médicaux provenant d'Europe, d'Inde et de Chine, ma présentation analyse la façon dont les Jésuites recueillent des informations de diverses sources pour s'instruire sur les herbes médicinales indigènes dans le but de préparer et d'administrer ces remèdes. Elle examine de près plusieurs exemples de recettes médicales rassemblées par le Père Rougemont pour montrer la manière dont les missionnaires jésuites obtenaient et expérimentaient avec ce savoir sur la médecine chinoise traditionnelle.

Through the Eyes of The Canadian Nurse: Major Trends in Maternal Infant Health and Nursing in Canada, 1905-2015 (Panel B1)

Lenora Marcellus (University of Victoria)

Aim: This paper identifies and traces major trends in maternal-infant health and nursing practice as described in The Canadian Nurse, 1905-2015. **Significance:** The health and wellbeing of mothers and infants remains a priority nationally and globally. Over the last century hospital and community-based nurses have played a pivotal role in promoting and protecting the health of mothers and infants in Canada. Advances in perinatal nursing practice reflect both evolving social values and emerging scientific developments. **Sources:** The primary source for this study was The Canadian Nurse, a journal that has been received by every registered nurse in the country as part of her or his professional membership since 1905. It provides longitudinal representation of the printed professional information available for nurses across the country. Lead articles and responses (letters to the editor) focusing on maternal-infant health and nursing practice were identified. Secondary sources included nursing textbooks, provincial and federal online government archives, and archival documents from the Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nursing. Because this study examines both women's work and women's life experiences, a critical feminist analytic approach was employed. **Findings and Conclusion:** Professional archives are often seen as neutral repositories of objectivity and science, when in fact they are active sites where social power is negotiated and contested (Schwartz & Cook, 2002). Over the 110 years of journal publication a number of core themes emerged that remain consistent with contemporary maternal-infant nursing knowledge and practice, including the medicalization and reclamation of childbirth, collaborative practice tensions with maternity care providers including physicians and midwives, and continued vulnerability of maternal-infant well-being to the impact of inadequate determinants of health. Examination of change over time reveals pressing societal challenges including adolescent pregnancy, gay and lesbian parenting, the increasing role of fathers in parenting, intimate partner violence, and emerging reproductive technologies. In some cases this work was done progressively and in other cases it mirroring dominant social values, beliefs and assumptions, including moral claims to being a good mother, racism, classism, and eugenics. Contradictory positions taken in lead articles and corresponding letters to the editor often revealed this tension.

À travers le regard de l'Infirmière Canadienne : Principales tendances en matière de santé maternelle et infantile au Canada, 1905-2015 (Panel B1)

Lenora Marcellus (University of Victoria)

Objectif: Cet article identifie et trace les grandes tendances en matière de santé maternelle et infantile et des pratiques infirmières décrites dans l'Infirmière Canadienne, 1905-2015. **Importance:** La santé et le mieux-être des mères et des nourrissons demeurent une priorité nationale et globale. Au cours du dernier siècle, les infirmières et infirmiers en milieu hospitaliers et communautaires ont joué un rôle essentiel dans la promotion et la protection de la santé des mères et des nourrissons au Canada. L'avancement de la pratique infirmière périnatale reflète à la fois les valeurs sociales en évolution et l'émergence des développements scientifiques. **Sources:** La source principale de cette étude était l'Infirmière Canadienne, un journal reçu par toutes les infirmières et infirmiers autorisés au pays depuis 1905 dans le cadre de leur adhésion professionnelle. Le journal fournit une représentation longitudinale de l'information professionnelle imprimée disponible. Les articles principaux et les réponses (lettres à l'éditeur) portant sur la santé maternelle et infantile et la pratique infirmière ont été identifiés. Les sources secondaires comprenaient des manuels de sciences infirmières, des archives en ligne des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des documents d'archives de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes. Puisque cette étude examine à la fois le travail majoritairement des femmes et de leurs expériences de vie, une analyse critique féministe a été employée. **Discussion et Conclusion:** Les archives professionnelles sont souvent considérées comme des dépôts neutres de l'objectivité et de la science, alors qu'en fait elles sont des sites actifs où le pouvoir social est négocié et contesté (Schwartz & Cook, 2002). Au cours des 110 années de publication du journal, un nombre de thèmes principaux ont été mis en évidence et ceux-ci demeurent cohérents avec les connaissances et la pratique infirmière contemporaines en matière de soins maternels et infantiles : La médicalisation et l'humanisation des naissances, les tensions dans la pratique collaborative entre les prestataires de soins maternels tels que les médecins et les sages-femmes, ainsi que de la vulnérabilité du bien-être maternel infantile et l'impact des déterminants de la santé inadéquats. L'examen des changements au fil du temps révèle des défis sociaux pressants, dont la grossesse chez les adolescentes, l'homoparentalité, le rôle croissant des pères dans l'éducation des enfants, la violence entre partenaires intimes et les nouvelles technologies de reproduction. Dans certains cas, le travail a été fait progressivement et dans d'autres, il reflète les valeurs, les croyances et les attitudes sociales dominantes, y compris les revendications morales d'être une bonne mère, le racisme, le classement social et l'eugénisme. Les positions contradictoires prises dans les articles et les lettres à l'éditeur ont souvent révélé cette tension.

Role of Transmigration in the Life of Jenny Trout, the First Female Physician in Canada (Panel B2)

Andy Jin (Dalhousie University)

Purpose: This paper aims to explore a crucial and yet neglected component of Dr. Jenny Trout's life: transmigrations. It will investigate how Trout's international journeys affected her personal and professional developments, allowing her to succeed as the first licensed female physician in Canada. **Rationale:** Trout was an immigrant. Although her achievements in the hostile environment of 19th century Canada are well-documented, the foundations on which they were built—Trout's immigrant experiences—are largely overlooked. These missing details of her life may represent a requisite for understanding the importance of Trout in social history of medicine. **Approach:** Examining Trout's social biography sheds light on the international networks that have underpinned her success and sustained her career. Various primary and secondary sources, such as the books written by William Trout (1916) and Carlotta Hacker (1974), clearly portray the social context in which Trout fulfilled her duties. With these compelling evidence, the author promises to present a paper that situate the better-known elements of Trout's advocacy work for women in medicine against her broader importance as a medical innovator. **Findings:** To date, no attempt has been made to explain Trout's accomplishments on the basis of her immigrant life. According to the early records, the identity of Trout as an immigrant served as a framework that governed her decisions regarding education, relationships, and goals in life. Her translocations—immigration to small town in Ontario, medical education in the United States, and international retreats during retirement—played a pivotal role by providing practical solutions and learning opportunities for Trout. She changed the face of early Canadian medicine by upholding the values of altruism, holistic health care, and gender equality through her free dispensary, electrotherapeutic institute, and women's college. These accomplishments were essentially the products of Trout's sojourner immigrant experiences. **Keywords:** Jenny Trout, Immigration, Transmigration, History of medicine.

Le Rôle de la Transmigration dans la vie de Jenny Trout, la première femme médecin au Canada (Panel B2)

Andy Jin (Dalhousie University)

L'objectif: Cette thèse vise à explorer un composant négligé, mais très important dans la vie du Dr Jenny Trout : la transmigration. Elle étudiera la façon dont les voyages internationaux de Trout ont eu une incidence sur son évolution personnelle et professionnelle, ce qui lui a permis de réussir en tant que première femme médecin au Canada. **Le raisonnement:** Trout était une immigrante. Ses succès dans l'environnement 'hostile' du Canada au 19e siècle sont bien documentés, mais son expérience comme immigrante, pour la plupart, est ignorée. Ces détails de sa vie peuvent représenter une condition nécessaire à la compréhension de son importance dans l'histoire sociale de la médecine. **L'approche:** En examinant la biographie sociale de Trout, on peut trouver les réseaux internationaux qui l'ont appuyé avec son succès et soutenu sa carrière. De diverses sources comme celui écrits par William Trout (1916) et Carlotta Hacker (1974), démontre le contexte social dans lequel Trout ait réalisé ses fonctions. Avec ces preuves convaincantes, l'auteur promet de présenter les éléments populaires du plaidoyer de Trout par rapport aux femmes dans le domaine de médecine contre son important plus large comme une innovatrice médicale. **Les données:** À ce jour, aucune tentative n'a été faite pour expliquer les réalisations de Trout sur la base de sa vie d'immigrante. Selon les premiers enregistrements, son identité en tant qu'immigrante a servi de cadre qui a gouverné ses décisions concernant son éducation, ses relations et ses objectifs. Commencant d'une petite ville en Ontario, son éducation en médecine aux États-Unis et ses retraites internationales pendant sa retraite, toutes ces translocations ont joué un rôle important en fournissant des solutions pratiques et des possibilités d'apprentissage pour Trout. Elle avait une influence sur la première médecine canadienne en soutenant les valeurs de l'altruisme, soins de santé holistique et égalité des sexes par/à travers son dispensaire gratuit, son institut électrothérapeutique et son collège pour femmes. Ces réalisations sont essentiellement les produits de ses expériences d'immigrantes étrangères. **Mots clés:** Jenny Trout, Immigration, Transmigration, Histoire de la médecine.

Nursing and Identity Politics: The Construction of a New Profession for Women in Iran (Panel B2)

Lydia Wytenbroek (York University)

Nursing education and training provided Iranian women in the first half of the twentieth century with one of the only opportunities available to them to further their education and enter public spaces through paid work. At a time when Iranian women had no formal political presence, the nursing profession offered them a way to enter political and civil society. This paper explores the development of the nursing profession in Iran. American missionary nurses affiliated with the Presbyterian Mission to Iran started the first training school for nurses in the country in 1916. By 1930, they were operating five nursing schools in northwestern Iran. By this time, the Mission had acquired a reputation for its medical work. Using missionary correspondence and medical reports, this paper explores the development of nursing in Iran. Professional nursing did not exist as an occupation in Iran prior to the establishment of mission nursing schools. Thus, missionary nurses were faced with the question of how to define the trained nurse in a context where ideas of professional nursing were not widely acknowledged. They wanted to create a cadre of professional nurses who would be the leaders of the nursing profession in Iran. In order to see this goal realized, they had to establish a social identity for this new professional category. The Iranian government also began to promote nursing education in the 1930s in an effort to ensure the health of Iran's citizens. I argue that American missionary interests intersected with the interests of the Iranian government and Iranian women leading to the creation of a professional, largely feminine, space for women in the paid workforce in Iran. Nursing's professional ethos united Iranian women from various socioeconomic, religious and ethnic backgrounds. Iranian women embraced the ideals of the profession and used this new professional identity to their advantage. They crafted a new public persona for themselves and used the nursing occupation to enter and participate in the public sphere.

Les soins infirmiers et la politique identitaire : l'établissement d'une nouvelle profession pour les femmes en Iran (Panel B2)

Lydia Wytenbroek (York University)

Durant la première moitié du vingtième siècle, l'enseignement et la formation en soins infirmiers ont fourni aux femmes iraniennes une des seules chances qu'elles avaient de poursuivre leurs études et d'entrer dans les espaces publics grâce au travail rémunéré. À une époque où les femmes iraniennes n'avaient aucune présence politique, la profession d'infirmière leur offrait une porte d'entrée dans la société politique et civile. Fondée sur la correspondance avec des missionnaires et des rapports médicaux, cette étude explore le développement des soins infirmiers en Iran. Des infirmières missionnaires ont établi les premières écoles de formation pour infirmières en Iran. Elles ont alors été confrontées à la question suivante : comment définir une infirmière formée dans un contexte où l'idée de soins infirmiers professionnels n'était pas largement reconnue. Je soutiens que les intérêts des missionnaires américains ont croisé les intérêts du gouvernement iranien et des femmes iraniennes, ce qui a mené à la création d'un espace professionnel en grande partie pour les femmes sur le marché du travail de l'Iran. Les femmes iraniennes ont adopté les valeurs de la profession et ont tiré profit de cette nouvelle identité professionnelle. Elles se sont confectionné une nouvelle personnalité publique et ont utilisé la profession d'infirmière pour entrer dans la sphère publique et y participer.

Western Medicine in the Arabian (Persian) Gulf (Panel B2)

Alan S. Weber (Weill Cornell Medicine-Qatar)

This contribution traces the development of western medicine in the Arabian (Persian) Gulf drawing on archival sources of the India Office Records and the rich trove of over 900,000 documents and images recently published by the Qatar Unified Imaging Project (QUIP) and Qatar Digital Library (QNL/QDL). First, Portuguese contact with the Gulf in 1489 by Pêro da Covilhã and Afonso de Albuquerque's conquest of Hormuz in 1507, and later the British Persian Gulf Residency system (1763-1971) brought the Hippocratic-Galenic humoral medicine practiced in Europe to the region. During the period of the Trucial States maritime treaties with Britain beginning in the early 19th century, the influence of British and later American medical practices in the Gulf is much better documented. The Dutch Reformed Church began medical services in Manama, Bahrain in the 1890s which led to the establishment of the American Mission Hospital in 1903. As Gulf leaders overcame their fears of Christian proselytizing, western physicians and nurses began to appear throughout the Arabian Peninsula and the discovery of oil in the 1930s further spurred investment in western medical services, often through joint partnerships with American oil companies (for example, SoCal and the California-Arabian Standard Oil Company (CASOC)). With further increases in oil revenue, the Gulf states (excluding Oman which relied on traditional hakims and *tibb al-nabawi* until the 1970s) commissioned their own medical and nursing schools using western expertise and expatriate health workers, and later during the 1990s affiliation agreements with European and American health organizations became common. In 2002, Qatar opened its first medical school, a branch campus of Weill Cornell Medicine in New York with an entirely American medical curriculum. Although western allopathic medicine is now the dominant form of medical practice in the Gulf, traditional methods of healing such as *kaii (wasm)*, *hijama*, and *ruqya* are widespread, as documented in Oman by the author.

Médecine occidentale dans le Golfe Persique (Arabique) (Panel A2)

Alan S. Weber (Weill Cornell Medicine-Qatar)

Cette contribution retrace le développement de la médecine occidentale dans le Golfe Persique (Arabique) en s'appuyant sur des sources archivistiques des 'India Office Records' et la richesse de plus de 900 000 documents et images récemment publiés par le Qatar et la Qatar Digital Library (QNL / QDL). Tout d'abord, le contact portugais avec le Golfe en 1489 par Pêro da Covilhã et la conquête par Alfonso de Albuquerque d'Hormuz en 1507—et plus tard le système du 'British Persian Gulf Residency' (1763-1971)—ont introduit la médecine humérale hippocratique-galénique pratiquée en Europe dans la région. Pendant la période des traités maritimes des Etats Truciaux avec la Grande-Bretagne à partir du début du 19^{ème} siècle, l'influence des pratiques médicales britanniques et plus tard américaines dans le Golfe est beaucoup mieux documentée. L'Église Réformée Néerlandaise a commencé des services médicaux à Manama, Bahreïn dans les années 1890, ce qui a conduit à la création de l'Hôpital Missionnaire Américain en 1903. Alors que les dirigeants du Golfe surpassaient leurs craintes de prosélytisme chrétien, des médecins et infirmières occidentaux ont commencé à apparaître dans toute la péninsule arabique. La découverte de pétrole dans les années 1930 a encore stimulé l'investissement dans les services médicaux occidentaux, souvent à cause des compagnies pétrolières américaines (par exemple, SoCal et la California-Arabian Standard Oil Company (CASOC)). Avec l'augmentation des recettes pétrolières, les états du Golfe (à l'exclusion de l'Oman qui s'appuyait sur les hakims traditionnels et le *tibb al-nabawi* jusque dans les années 1970) ont commandé leurs propres écoles médicales et infirmières en utilisant l'expertise occidentale et les travailleurs de la santé expatriés; et pendant les années 1990, la coopération avec les organisations sanitaires européennes et américaines sont devenues plus ordinaires. En 2002, le Qatar a ouvert sa première école de médecine, un campus de branche de Weill Cornell Medicine à New York avec un programme de médecine entièrement américain. Bien que la médecine allopathique occidentale soit maintenant la forme dominante de pratique médicale dans le Golfe, les méthodes traditionnelles de guérison telles que *kaii (wasm)*, *hijama*, et *ruqya* sont répandues, comme documenté en Oman par l'auteur.

Psychiatres contre gardes-malades : retour sur l'histoire de la Commission Régnier sur l'administration de l'Institut Albert-Prévost, 1962-1964 (Panel B3)

Alexandre Klein (Université Laval)

Créé en 1919 comme un simple sanatorium dans la banlieue montréalaise de Cartierville, l'Institut Albert-Prévost devint au fil des décennies un centre de traitement, de recherche et d'enseignement psychiatriques d'avant-garde. Au début des années 1960, alors que le Québec, comme sa psychiatrie, connaissait des bouleversements révolutionnaires, l'Institut fut le lieu d'un surprenant conflit opposant les psychiatres de l'institution aux gardes-malades qui en étaient les propriétaires et les directrices. Sous l'impulsion du Dr Camille Laurin (1922-1999), devenu en 1958 le directeur scientifique de l'établissement, la nouvelle équipe psychiatrique tenta en effet de progressivement prendre le contrôle de l'Institut afin d'y appliquer ses ambitions de réforme des soins en santé mentale. Les gardes-malades Charlotte Tassé (1893-1974) et Bernadette Lépine, qui possédaient et dirigeaient l'institution depuis 1945, résistèrent tant bien que mal à ce qui s'apparentait à un véritable coup d'État. La démission, en mai 1962, de l'ensemble des psychiatres, en réponse à la volonté des administratrices de congédier Laurin, obligea finalement le gouvernement provincial à s'engager dans le conflit. En juillet 1962, la toute jeune division des services psychiatriques du ministère de la Santé, créée suite à la commission Bédard, décida de suspendre les gardes-malades, de nommer un administrateur provisoire à leur place et de mettre sur pied une « Commission d'enquête sur l'administration de l'Institut Albert-Prévost quant à son personnel médical et hospitalier » qu'elle confia au juge André Régnier (1896-1982). Avant même la remise de son rapport en 1964—rapport qui allait dans le sens des demandes des psychiatres—les gardes-malades avaient démissionné de leurs postes de direction, conservant seulement une place dans la Corporation et au Conseil d'administration de l'Institut. Les psychiatres avaient gagné, engageant ainsi l'Institut dans un processus de « psychiatisation » qui devait conduire dix ans plus tard à son rattachement à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal en tant que département de psychiatrie. C'est sur l'histoire de ce conflit et sur les conditions de création et de travail de la commission Régnier que je souhaiterais revenir dans cette communication afin de préciser les enjeux sociohistoriques attenants à cet événement unique dans l'histoire de la psychiatrie québécoise.

Psychiatrists Versus Nurses: Reviewing the history of the Régnier Commission on the Administration of the Institut Albert-Prévost, 1962-1964 (Panel B3)

Alexandre Klein (Université Laval)

Created in 1919 as a simple sanatorium in the Montreal suburb of Cartierville, the Albert-Prévost Institute became, over the decades, an avant-garde centre of psychiatric treatment, research, and teaching. In the early 1960s when Quebec, like its psychiatry, was experiencing revolutionary upheavals, the Institute was the site of an unexpected conflict between the institution's staff of psychiatrists and the nurses who were its owners and directors. Under the impetus of Dr. Camille Laurin (1922-1999), appointed scientific director of the institution in 1958, the new psychiatric team tried gradually to take over the Institute in order to push an agenda of reform in mental health care. Nurses Charlotte Tassé (1893-1974) and Bernadette Lépine, who had owned and run the institution since 1945, resisted, as best they could, what was tantamount to a coup d'état. In May 1962, when all the psychiatrists resigned in response to the nursing-administrators' intentions to dismiss Laurin, the provincial government was finally compelled to engage in the conflict. In July 1962, the newly created Division of Psychiatric Services of the Ministry of Health—a product of the Bédard Commission—decided to suspend Tassé and Lépine, replacing them with a provisional administrator, and to establish a Commission of Inquiry into the administration of the Albert-Prévost Institute, entrusted to Judge André Régnier (1896-1982). Even before the delivery of Régnier's report in 1964, which supported the demands of the psychiatrists, the nurses had resigned from their executive positions, while retaining a single place on the Corporation's Board of Directors. The psychiatrists had won, thus committing the Institute in a process of "psychiatrisation" that ten years later led to its attachment to the Sacré-Coeur Hospital of Montreal as a department of psychiatry. It is on the history of this conflict, and on the conditions of creation and work of the Régnier Commission, that I would like to return to this communication, in order to clarify the socio-historical stakes attached to this unique event in the history of psychiatry in Quebec.

Entre la vie et la mort :

responsabilité et accidents du travail au nouveau-brunswick, 1919-1929 (Panel B3)

Nelson Ouellet (Université de Moncton)

L'état de santé des personnes soignées d'urgence au début du XX^e siècle à la suite d'un accident du travail situe le chercheur au centre d'un temps historique clé pour appréhender le développement des interventions médicales en milieu industriel et hospitalier, mais aussi les débats entourant la réadaptation professionnelle et sociale et l'indemnisation versée par les régimes transactionnels aux travailleurs et aux familles endeuillées. Comme les accidents les plus graves n'ont pas tous engendré la mort instantanée du travailleur, il importe de comprendre la durée de l'incertitude devant le futur et ses séquelles sur le corps physique, politique, administratif et social. L'intervalle d'heures, de jours, de semaines et de mois ayant suivi l'accident et précédé le décès représente un moment historique au sein duquel convergent les travailleurs, les familles, les employeurs, les commissaires, les médecins et les infirmières. La rencontre de la médecine, du travail, de l'État et de la famille permet en fait de lever le voile sur l'histoire des accidents industriels et des régimes transactionnels mis en place dans les juridictions occidentales au début du XX^e siècle. Le rôle du médecin et de l'infirmière, l'incidence de l'état des ressources et des connaissances médicales au moment de l'accident, et les données sur l'espérance de vie ont besoin de la lumière que procure l'examen des régimes transactionnels instaurés au début du XX^e siècle pour compenser les travailleurs blessés et les familles endeuillées. En présentant le cas de la Commission d'indemnisation des accidents du travail du Nouveau-Brunswick (CIAT), nous pourrions comprendre mieux le sens de la responsabilité durant les années charnières d'un appareil administratif nouveau au centre des activités de l'État et de la société civile. Parmi les quelque trois cents décès de travailleurs enregistrés au Nouveau-Brunswick entre 1919 et 1929, notre examen des dizaines de dossiers de réclamations des travailleurs dont le décès n'est pas survenu au moment de l'accident permettra de distinguer les morts inévitables des décès survenus à la suite d'une négligence. Que cette dernière soit isolée ou partagée, nous pourrions alors confirmer que la responsabilité ne s'éteint pas sous un régime « sans faute ». Elle se métamorphose.

Between Life and Death:

Responsability and Industrial Accidents in New Brunswick, 1919-1929 (Panel B3)

Nelson Ouellet (Université de Moncton)

The state of health of individuals who received emergency medical care at the beginning of the 20th century after a workplace accident put the researcher in the center of a key historical time. First, to examine the development of medical treatments provided in industrial and hospital institutions. Second, to set in broader context the debates produced by professional and social rehabilitation, and the benefits awarded to victims and their families by the workers' compensation boards. As the most serious workplace accidents did not all cause the instant death of the laborer, it is important to focus on the duration of future's uncertainty and its effects on the physical, political, administrative, and social body. The length of time that followed a workplace accident and preceded the death of a laborer represents an historical moment within which converge workers, families, employers, commissioners, physicians and nurses. The meeting of medicine, work, State, and family allows one to lift the veil on the history of industrial accidents and workers' compensation systems put together across the West at the beginning of the 20th century. The physician's and nurse's role, the incidence of the state of medical resources and knowledge at the time of the accident, and the data on life expectancy all need the light provided by the historical examination of the workers' compensation systems put together at the beginning of the 20th century. By presenting the results from a study on the New Brunswick Workers' Compensation system, we will be able to understand better the meaning of responsibility during the formative years of an administrative agency that was a central piece of civil society and the State's progressive agenda. Among the more than three hundred workers who died on the job in New Brunswick between 1919 and 1929, our study of the tens of claims filed by families whose lost did not happen at the time of the accident will help us distinguish the inevitable deaths from those that were caused by some sort of negligence. Whether the latter was isolated or shared, we should then be able to confirm that responsibility does not go away with a "no fault" regime. It lurks in a historical place and time that scholars have overlooked.

Rethinking the Royal Commission on the Status of Women in Canada (Panel B3)

Shannon Stettner (University of Waterloo), Kristin Burnett (Lakehead University)

In 1967, the Canadian government called for a Royal Commission to assess the quality of life of Canadian women. After two years of public hearings and private submissions, the final report outlined 167 recommendations, including that abortion be legal on request, during the first twelve weeks of a woman's pregnancy. Elsewhere Shannon has examined the efforts of women who wrote to the Royal Commission, illuminating how they constructed their authority to speak to the legality of abortion. In this paper, we propose to revisit this earlier analysis, employing a reproductive justice framework to re-examine women's understandings of abortion. Such an analysis explores abortion not as a compartmentalized issue, but as a cohesive part of a network of issues that concerned women – including birth control, child care, family law, and economic policies. Situating abortion within the range of issues covered by the Commission complicates the existing narrative. Using a RJ framework will also help to highlight better the voices and perspectives that were not covered by the RCSW report. This analysis will also illuminate the ways in which both the process of the RCSW and the final report helped to establish the dominant discourses on abortion that would prevail over the next forty years, which affected both access and activism on the issue.

Repenser la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme (Panel B3)

Shannon Stettner (University of Waterloo), Kristin Burnett (Lakehead University)

En 1967, le gouvernement canadien a demandé une Commission royale pour évaluer la qualité de vie des Canadiennes. Après deux ans d'audiences publiques et de soumissions privées, le rapport final a présenté 167 recommandations, dont la légalisation de l'avortement sur demande, au cours des douze premières semaines de grossesse. Shannon a examiné dans d'autres écrits les efforts des femmes qui ont écrit à la Commission royale, en décrivant comment elles ont construit leur autorité à parler de la légalité de l'avortement. Dans cet article, nous proposons de revoir cette analyse antérieure, en employant un cadre de justice reproductive pour réexaminer la compréhension des femmes de l'avortement. Une telle analyse explore l'avortement non comme un problème compartimenté, mais comme une partie cohérente d'un réseau de questions qui concernent les femmes - y compris le contrôle des naissances, les soins aux enfants, le droit de la famille et les politiques économiques. Situer l'avortement dans la gamme des questions couvertes par la Commission complique le récit existant. L'utilisation d'un cadre de JR aidera également à mettre en valeur les voix et les perspectives qui n'ont pas été couvertes par le rapport de la CRESF. Cette analyse éclairera également la façon dont le processus de la CRESF et le rapport final ont contribué à établir les discours dominants sur l'avortement qui prévaudront au cours des quarante années à venir, ce qui a affecté l'accès à l'avortement et l'activisme sur la question.

Helen K. Mussallem et la formation infirmière au Canada (Panel C1)

Evy Nazon (Université d'Ottawa)

Cette communication s'intéresse au développement des savoirs infirmiers au Canada suite au rapport d'Helen K. Mussallem. Depuis l'ouverture de la première école d'infirmières au Canada à Saint-Catharines en Ontario en 1874, la formation infirmière est majoritairement donnée par les écoles d'hôpitaux. Dans ce système d'apprentissage, les élèves-infirmières recevaient gratuitement la formation en échange du travail qu'elles fournissaient dans les salles d'hôpitaux. Selon plusieurs historiens, ces écoles n'étaient pas destinées à faire avancer la cause de l'enseignement ni à contribuer à l'avancement des connaissances infirmières mais à améliorer et à optimiser l'organisation hospitalière et la qualité des services aux patients. En 1960, estimant que les écoles d'hôpitaux ne convenaient plus aux exigences des soins ni à celles de la formation infirmière, l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) mandate Helen K. Mussallem de mener une étude sur l'éducation des infirmières. Le rapport publié par Mussallem *Spotlight on nursing Education* représente un élément important dans le développement de la formation infirmière au Canada. Toutefois, selon nous, cette formation renouvelée des infirmières à la fin du XXe siècle fait partie d'un ordre du discours plus large sur les savoirs scientifiques qui ont été et doivent être développés dans le milieu de la santé.

Helen K. Mussallem and Nursing Education in Canada (Panel C1)

Evy Nazon (Université d'Ottawa)

This paper focuses on the development of nursing knowledge in Canada following the report by Helen K. Mussallem. Since the opening of the first nursing school in Canada in Saint-Catharines, Ontario in 1874, nursing training has been predominantly provided by hospital schools. In this learning system, nursing students were given free training in exchange for the work they provided in the wards. According to several historians, these schools were not meant to advance the cause of education or contribute to the advancement of nursing knowledge but their main objective was to improve and optimize the hospital organization and the quality of patient services. In 1960, the Canadian Nurses Association (CNA) mandated Helen K. Mussallem to conduct a study on nursing education, considering that hospitals were no longer suitable for nursing care or nursing education for nurses. The report published by Mussallem *Spotlight on nursing Education* is an important element in the development of nursing education in Canada. However, in our view, this renewed training of nurses at the end of the 20th century is part of a wider discourse on the scientific knowledge that has been and must be developed in the health field.

Nursing History as Philosophy:

Notes Towards a Critical History of Nursing (Panel C1)

Thomas Foth, Kim Lauzier (Université d'Ottawa), Kylie Smith (Emory University)

Mainstream nursing history position itself in opposition to philosophy and nursing historians are reticent of theorizing. In the quest of illuminating the lives of nurses and women these approaches are driven by reformist aspirations but are based on the conception that nursing or caring is basically good, the timelessness of universal values, and they are essentialising political categories of identities such as class, race and gender. This kind of history is rather about affirmation than friction and about the conservation of memory and musealization. History is about cultivation and conservation and emphasizes similarities and continuities. In contrast, we will argue that critical history is philosophy and philosophy is necessarily historical. A critical nursing history must show how that-which-is has not always been like this and that our current understanding of ourselves is the effect of processes of problem solving that are embedded in relations of power. Critique is always the history of the present and must be careful to not being reduced as merely the pre-history of the present. Critique must be able to highlight other realities and provide insights into the contingency of what we became. Therefore, critical nursing history induces destabilizing doubts about what we take for granted. Using examples from our own research from the history of mental health, we will confront current psychiatric nursing practice with its history. This allows us to answer the questions of how knowledge and truth has been reinforced in the past and how realities are formed in the present. Therefore, critical nursing history is the art of not being too sure.

Histoire des soins infirmiers comme philosophie :

Notes vers une Histoire Critique des soins infirmiers (Panel C1)

Thomas Foth, Kim Lauzier (Université d'Ottawa), Kylie Smith (Emory University)

Le courant dominant de l'histoire des soins infirmiers se positionne en opposition à la philosophie et les historiens en soins infirmiers sont réticents à la théorisation. Dans le but d'éclairer la vie des femmes et des infirmières, ces approches sont motivées par des aspirations réformistes, mais elles reposent sur la conception selon laquelle les soins ou les soins infirmiers sont fondamentalement bons, l'intemporalité des valeurs universelles, qui sont des catégories politiques d'identités, de classe de race ou de genre. Ce type d'histoire concerne plutôt l'affirmation, la conservation de la mémoire de la muséification et souligne les similitudes et les continuités plutôt que la confrontation. En revanche, nous allons soutenir que l'histoire critique est la philosophie et la philosophie est nécessairement historique. Une histoire critique des soins infirmiers doit montrer comment ce-qui-est n'a pas toujours été et que notre compréhension actuelle de nous-mêmes est l'effet des processus de résolution de problèmes qui sont incorporés dans les rapports de pouvoir. La critique est toujours l'histoire du présent et doit veiller à ne pas être réduite comme étant simplement la préhistoire du présent. La critique doit être en mesure de mettre en évidence d'autres réalités et de donner un aperçu de la contingence de ce que nous sommes devenus. Par conséquent, l'histoire critique des soins infirmiers provoque un questionnement déstabilisateur sur ce que nous prenons pour acquis. À l'aide d'exemples tirés de nos propres recherches sur l'histoire de la santé mentale, nous allons confronter la pratique infirmière psychiatrique actuelle avec son histoire. Cela nous permettra de répondre aux questions sur la façon dont le savoir et la vérité ont été intégré dans le passé et comment ces réalités forment le présent. Par conséquent, l'histoire des soins infirmiers critiques est l'art douter.

Étude de cas sur l'ardeur du travail effectué par des infirmières de colonie en régions éloignées entre 1936 et 1962 (Panel C1)

Gladys Bruyninx (Université d'Ottawa)

L'étude en question s'intéresse aux opinions d'infirmières de colonie interviewées des années 1991 à 1993. Les infirmières ont été une ressource très importante lorsque les milieux ruraux étaient désertés de tout professionnel de santé. Le service des colons (SMC) instauré en 1932 crée des postes où les infirmières peuvent s'y installer et ainsi prodiguer des soins de première ligne. Sachant leur rôle important dans les villages, il est intéressant de comprendre les raisons pour lesquelles des infirmières ont quitté leur poste. En s'attardant au profil sociodémographique de 48 infirmières interviewées, je m'intéresse aux histoires expliquant le savoir-faire et le savoir-être des infirmières en milieux isolés de toute aide externe ou de moyens de locomotion rapide pour permettre un transport efficace dans des cas le nécessitant. Plus précisément, je recherche l'impact de travailler dans les colonies et de leur possible cause de départ. Des 48 infirmières interviewées, 16 d'entre elles ont été sélectionnées puisqu'elles ont quitté leur poste de colonie en moins de trois ans. La lecture de la littérature sur le sujet permet de comprendre davantage la réalité qu'ont vécu les infirmières et de savoir quel était le profil sociodémographique du personnel. Les résultats démontrent que les infirmières qui ont quitté leurs postes l'ont fait à cause du travail constant (vingt-quatre heures sur vingt-quatre), de l'envie de se marier, du stress causé par des soins hors de leur cadre de pratique et du peu de vacances accordé, majoritairement. Le travail d'infirmière de colonie était ardu et ce pour diverses raisons, que ce soit le manque d'expérience des infirmières de colonie, le stress de se retrouver seules en régions isolées, la gestion des situations dangereuses, voir critique ou même l'épuisement de constamment devoir être disponible. Il est fascinant de retourner en arrière et de revisiter une époque où les infirmières étaient installés dans des milieux ruraux où elles n'avaient qu'elle-même pour tout support.

Case Study on the Arduous Work Performed by Colony Nurses in Remote Areas between 1936 and 1962 (Panel C1)

Gladys Bruyninx (Université d'Ottawa)

The study focuses on the views of colony nurses interviewed from 1991 to 1993. Nurses were a very important resource when rural communities were deserted by any health professional. The settlement service (SMC), established in 1932, creates positions where nurses can settle and provide first-line care. Knowing their important role in the villages, it is interesting to understand the reasons why nurses have left their posts. Looking at the socio-demographic profile of 48 nurses interviewed, I am interested in stories explaining nurses' know-how and well-being in isolated settings lacking external help or rapid means of transport to enable efficient transportation in necessary situations. Specifically, I seek the impact of working in the colonies and their possible cause of departure. Of the 48 nurses interviewed, 16 of them were selected because they left their colonies in less than three years. Reading literature on the topic provides a better understanding of the reality experienced by nurses and the socio-demographic profile of the staff. The results show that nurses who have left their jobs have done so mainly because of the constant work (twenty-four hours per day), the desire to marry, the stress caused by care outside their responsibilities and the limited amount of vacation time. The job of a colony nurse was arduous for a variety of reasons, be it the lack of experience of colony nurses, the stress of being alone in remote areas, managing dangerous situations, or even exhaustion due to the need to constantly be available. It is fascinating to go back and revisit a time when nurses were settled in rural areas where they had only themselves to count on for support.

Imperial Medicine, Malnutrition, and Health Crisis in the Philippines during the Japanese Occupation Period, 1942-1945 (Panel C2)

Arnel E. Joven (University of Asia and the Pacific)

The Japanese occupation period is often remembered as a period of dire suffering in the Philippines as it was a time of massive shortages apart from widespread death and destruction caused by war. While it was a common trend that most urban residents suffered from hunger and malnutrition, it was also a reality that food was substantial in the provinces and remote areas. The sheer lack of necessary vitamins and minerals created such diseases as beriberi and rickets to the already epidemic cases of malaria and dysentery. Though what became known as “Japanese Southern Medicine” tried to substitute American colonial medicine tried to alleviate diseases, epidemics were simply too widespread in the Philippines. It has been common sight by 1944 to see bloated and dead bodies lying on the streets. While the Filipino collaboration government appealed to the general public to migrate to rural areas which were known to possess substantial food and medical resources, there were also active campaigns instructing the public on how to obtain food from backyard plants, apart from a desperate campaign for the people to transform backyards and vacant lots into vegetable and herb gardens. This is where the paper examines (1) the impact of malnutrition to the already-deteriorating health conditions of the general public, (2) the “scientific” measures promoted by the Filipino collaboration government to look for alternatives to conventional food and pharmaceutical products, and (3) the alternative and survival trends undertaken by local communities to alleviate hunger and malnutrition. This paper follows on the direct relationship between widespread malnutrition and epidemic diseases that were in fact preventable and curable. This research utilises cultural ecology to explain the people’s health-seeking behaviour as seen through their activities relating to food procurement as well as attitudes towards sustenance and well-being. Sources for this paper include documents relating to Japanese-Filipino policies during the occupation, and oral historical interviews conducted with wartime survivors who had direct witness to those times.

La Médecine Impériale, la Malnutrition et la Crise Sanitaire aux Philippines pendant la période d'occupation Japonaise, 1942-1945 (Panel C2)

Arnel E. Joven (University of Asia and the Pacific)

L’occupation des Philippines par le Japon est souvent associée à une période d’extrême souffrance car c’était une époque marquée par la pénurie massive outre les nombreuses victimes et la destruction engendrées par la guerre. Si on constatait que dans les villes, la famine et la malnutrition touchait la plupart des citoyens, en revanche en province et dans les coins reculés, la nourriture y était abondante. Le simple déficit en vitamines et minéraux nécessaires à l’organisme était à l’origine de si nombreuses maladies telles que le béribéri et le rachitisme s’ajoutant aux cas d’épidémies de malaria et de dysenterie déjà recensés. Bien que ce qui fut connu sous le nom de « médecine japonaise du sud » ait tenté de supplanter la médecine coloniale américaine pour contenir les maladies, les épidémies étaient simplement trop répandues aux Philippines. A partir de 1944, la vue de cadavres gonflés jonchant les rues était devenue un spectacle banal. Tandis que le gouvernement de collaboration philippin incitait la population à partir dans les zones rurales connues pour disposer de la nourriture en abondance ainsi que des ressources médicales, des campagnes actives étaient lancées avec pour objectif d’apprendre aux gens comment tirer parti de leur jardin pour leur propre subsistance, sans compter une campagne désespérée pour que les gens transforment les jardins et les bouts de terrains non utilisés en jardins de plantes aromatiques et potagers. C’est ici que cet article examine (1) l’impact de la malnutrition sur une population dont les conditions de santé s’étaient déjà dégradées, (2) les mesures « scientifiques » lancées par le gouvernement de collaboration philippin pour trouver des alternatives aux produits alimentaires et pharmaceutiques conventionnels, et (3) les tendances alternatives et de survie observées au sein des communautés locales pour faire face à la famine et la malnutrition. Ce journal explore le lien direct entre le développement de la malnutrition et les maladies contagieuses qui étaient en fait évitables et curables. Cette recherche s’oriente sur l’écologie culturelle pour expliquer le comportement observé au sein de la population à la recherche de bien-être au travers de ses activités en lien avec la recherche de nourriture, et de ses comportements vis-à-vis de la subsistance et du bien-être. Les sources de ce journal regroupent des documents relatifs aux politiques nippo-philippines pendant l’Occupation et des entretiens historiques conduits avec les survivants de guerre qui étaient les témoins directs de cette période.

“The most fully studied people in the world”: International Research on Malnutrition in Pre-Confederation Newfoundland and Labrador (Panel C2)

J.T.H. Connor (Memorial University)

Historians recognize that during the late nineteenth and early twentieth centuries study of malnutrition, especially in the British imperial world, was important. Examination of diet, nutrition, and deficiency diseases in twentieth-century Newfoundland and Labrador from its time as an independent British Dominion in the North Atlantic up to confederation with Canada in 1949 is unexpectedly complex and embraces medical, social, and political factors that are regional, national, and international. During this period small, selected segments of Newfoundland’s total population of about 300,000 became the subject of intensive medical surveillance and investigation by American, British, and Canadian physicians and researchers (for example, W.R. Aykroyd, B.S. Platt, and W.H. Sebrell who would become leaders in the field and direct organizations such as NIH and the UNFAO). The data obtained from these studies were used first, to address local dietary deficiencies; second, for post-World War Two reconstruction in Europe; and significantly, as fundamental surveys to support two major competing philosophies about the problem of global malnutrition. An essentially European approach saw solutions in structural terms, which understood that malnutrition was less a medical problem and more one of politics and economics. Contrasting it was an American perspective that held as malnutrition was fundamentally a biomedical problem, its eradication could be achieved with technical quick fixes such as vitamin enriched flour and other foods. Serving as backdrop for this discussion is the development of Western technology used to promote international nutrition standards and to assay vitamin levels in food and humans, for as one of these research teams asserted in 1945, Newfoundland with its isolated communities, was an “ideal laboratory for investigation of the value of various therapeutic procedures,” while another opined that Newfoundlanders were the “most fully studied people in the world.” These studies were often clinically invasive and involved physical and laboratory examination of people selected as subjects, raising the retrospective question of their ethics (as Ian Mosby has raised with respect to other contemporaneous Canadian nutrition studies). Published accounts of these studies, personal diaries, newspapers and magazine coverage, and government documents are the basis for this discussion.

« Le peuple le mieux étudié du monde » : recherches internationales sur la sous-alimentation à Terre-Neuve-et-Labrador avant la confédération (Panel C2)

J.T.H. Connor (Memorial University)

Les historiens reconnaissent l’importance des études sur la malnutrition surtout dans l’Empire britannique vers la fin du dix-neuvième et le début du vingtième siècle. Examiner l’alimentation, la nutrition et les maladies dues aux carences alimentaires à Terre-Neuve-et-Labrador depuis l’époque de son indépendance et de son statut de dominion britannique dans l’Atlantique nord est une entreprise étonnamment complexe et inclut des facteurs d’ordre médical, social et politique d’envergure régionale, nationale et internationale. A cette époque des segments restreints de la population de Terre-Neuve d’environ 300,000 personnes ont fait l’objet d’observations et d’enquêtes intensives menées par des médecins et chercheurs américains, britanniques et canadiens tels que W.R. Aykroyd, B.S. Platt, et W.H. Sebrell qui sont devenus des chefs de file sur le terrain et ont dirigé des organismes comme l’institut national de la santé (NIH) et l’organisation des nations unies sur l’alimentation et l’agriculture (UNFAO). Les données qui ont découlé de ces enquêtes ont d’abord servi à s’attaquer aux carences alimentaires au plan local, et ensuite pour appuyer deux approches philosophiques opposées concernant le problème de la sous-alimentation au plan mondial. L’approche principalement européenne envisageait des solutions structurales : la sous-alimentation était moins un problème médical qu’une question politique et économique. Par contre selon l’approche américaine, la sous-alimentation était au fond un problème biomédical qui pouvait être éradiquée par des solutions techniques rapides tels que l’ajout de vitamines pour enrichir la farine et d’autres aliments. Dans le cadre historique de cette discussion, nous tenons compte du développement de la technologie occidentale employée pour promouvoir les normes internationales et pour vérifier les taux de vitamines dans les aliments et chez les êtres humains. Comme l’a affirmé l’une des équipes de recherches en 1945 : Terre-Neuve et ses communautés isolées forment un « laboratoire idéal pour étudier la valeur de certaines procédures thérapeutiques », ou selon l’avis d’autres chercheurs : les Terre-Neuviens sont le peuple « le plus étudié du monde ». Ces enquêtes étaient souvent cliniquement invasives, ce qui soulève rétrospectivement la question déontologique (à l’instar de Ian Mosby qui a soulevé cette question au sujet d’autres études canadiennes contemporaines sur l’alimentation). La présente discussion s’inspire de comptes rendus publiés de ces enquêtes, de journaux intimes, d’articles de journaux et de revues et de documents gouvernementaux.

Eugenic Nutrition and Gynaecology: Starving the Poor in Modern Research (Panel C2)

Terry-Lee Marttinen (Oxford Brookes University)

As a precursor to scientific nutrition experiments on First Nations people in Canada in the 1940's to 1950's. J. Harry Ebbs and Fredrick Tisdall from Sick Kids Hospital in Toronto, Ontario along with colleagues subjected pregnant women on relief to starvation to learn the health effects of hunger on infants and mothers. Developing the first studies on the health effects of malnutrition, extensive poverty created by the Second World War provided an opportunity to measure the food intake of women on relief. The research with food carefully measured in three groups of females held back from two of them with one cohort provided vitamin supplements was published in the *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* in 1942. Nutrition studies by the People's League of Health published in 1946 in the *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, confirmed vitamin supplements had a nominal effect on preventing disease in starving pregnant women and infants. In emerging international gynaecological research pregnancy defects and birth defects were markedly elevated, however, scientific data on infant morbidity and mortality served to support the development of the baby food pabulum by Tisdall in the 1931. In related controversial nutritional experiments reported in the *CMAJ*, First Nation communities were considered natural laboratories to learn the effects of vitamin enriched food in famished adults. First reported in 2013 by Ian Mosby, First Peoples systematically starved were provided vitamin enriched foods as a cost saving alternative to a varied real food diet by the federal government. The research was informed by colonial beliefs 'Indians' were inferior and incapable of self-care captured in Indian Affairs documents together with a legacy of hunger and disease. In an analysis of medical literature, I discuss links between infant and adult eugenic nutrition studies co-led by Tisdall running a nutrition lab at Sick Kids. I consider research subjects, design, and goals in urban and remote settings and conclude by asking if it is ethical to continue studying maternal and infant mortality and morbidity among Canada's Indigenous with historically high rates linked to colonization. What alternatives exist for the future based on advances in pregnancy research?

Eugenisme nutritionnel et gynécologique:

affamer les pauvres pour la recherche « moderne » (Panel C2)

Terry-Lee Marttinen (Oxford Brookes University)

J. Harry Ebbs et Fredrick Tisdall, de l'hôpital des enfants malades Toronto, Ontario ont été des précurseurs pour les expériences de nutrition scientifique sur les populations des « Premières Nations » au Canada dans les années 1940's à 1950's. Avec leurs collègues, ils ont soumis des femmes enceintes à la famine pour étudier les effets de la faim sur la santé des nourrissons et des mères. Le développement des premières études La pauvreté et les conditions extrêmes créées par la Seconde Guerre mondiale a permis de mesurer l'impact de l'apport alimentaire des femmes survivantes et les effets de la malnutrition sur la santé. La recherche sur l'apport nutritionnel dans ces populations affamées, a été mesuré avec soin dans trois groupes de femmes dont une cohorte recevant des suppléments vitaminiques, puis les résultats ont été publiés dans le *Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC)* en 1942. Les études sur la nutrition publiées en 1946 par le *Journal d'obstétrique et de gynécologie de la People's League of Health de l'Empire britannique*, a confirmé que des suppléments de vitamines ont eu un effet nominal sur la prévention des maladies chez les femmes enceintes affamées et les nourrissons. Dans cette étude gynécologique internationale, les défauts de grossesse et les malformations congénitales étaient nettement élevés. De plus, des données scientifiques sur la morbidité et la mortalité infantile ont servi à soutenir le développement du pabulum alimentaire pour nourrissons par Tisdall dans les années 1931. Dans des expériences nutritionnelles connexes et controversées qui ont été rapportées dans le *JAMC*, les communautés des Premières Nations ont été considérées comme des laboratoires naturels pour apprendre les effets de la nourriture enrichie en vitamines chez les adultes affamés. D'abord signalé en 2013 par Ian Mosby, des aliments enrichis en vitamines ont été fournis à ces populations endémiquement affamés comme une alternative à un régime alimentaire varié avec de la nourriture naturelle par le gouvernement fédéral, permettant ainsi une réduction des coûts. La recherche a donc été « nourrie » par les croyances coloniales que les « Indiens » étaient inférieurs et incapables de prendre soin d'eux-mêmes, tel que documenté par les Affaires indiennes qui leur ont laissé pour héritage la faim et la maladie. Dans une analyse de la littérature médicale, je discute des liens entre les études sur la nutrition eugénique chez les nourrissons et les adultes codirigées par Tisdall, à la tête d'un laboratoire de nutrition chez de l'hôpital des enfants malades. Je considère les sujets de recherche, la conception et les objectifs en milieu urbain et rural, et conclue en demandant s'il est éthique de continuer à étudier la mortalité et la morbidité maternelle ou infantile chez les autochtones du Canada, au-delà des taux historiquement élevés liés à la colonisation. Quelles sont les alternatives pour l'avenir basées sur les progrès de la recherche sur la grossesse?

**A Canadian Nightingale at the Montreal General Hospital:
Class and Gender in Victorian Canada (Panel C3)**

Carol Helmstadter (University of Toronto)

Maria Machin was a highly competent and very sympathetic Nightingale-trained Canadian lady who attempted to introduce the new nursing at the Montreal General Hospital between 1875 and 1878. Apart from an article by Godden and Helmstadter, her efforts in Montreal have received little attention. Well educated and well connected, she entered the Nightingale School in 1873 and, because of her outstanding talents, was quickly made the Home Sister, the nurse in charge of teaching the probationers. During her first year as Home Sister the Board of the Montreal General Hospital invited her to introduce the new nursing in their hospital and she felt an obligation to go. She and her team of Nightingale nurses made enormous improvements in the nursing but they were a total failure. Machin and her team resigned and returned to England towards the end of their fourth year in Montreal. Baly and Bostridge attribute her failure to what they considered her high-handed manner, lack of diplomacy, and inability to manage her team of nurses. Rich sources in Canadian archives indicate that this conclusion is wrong; Machin was in fact an excellent manager and very diplomatic. Machin's expedition to Montreal is contextualized within the social history of Victorian imperialism and efforts of the Nightingale Fund Council to reform nursing throughout the British Empire. A few years earlier the Council had sent a team of nurses under Lucy Osburn to Sydney, Australia. Osburn successfully introduced better nursing there but only by letting go four of the five disastrous Nightingale trained nurses she originally took with her and replacing them with better educated Australian women. Machin's failure was due to many of the same difficulties Osburn met in Sydney—poorly trained Nightingale nurses and violent class and gender biases. Primary sources for this paper are found in the archives of the Montreal General Hospital and the University of Toronto, Canadian newspapers, and multiple Nightingale archives. The main secondary sources used are H.E. McDermot, Godden, and Hannaway & Burgess.

**Une Nightingale canadienne à l'Hôpital général de Montréal :
classe sociale et genre au Canada à l'époque victorienne (Panel C3)**

Carol Helmstadter (University of Toronto)

Maria Machin, une Canadienne très compétente et très sympathique formée à l'école Nightingale, a tenté d'implanter les nouveaux soins infirmiers à l'Hôpital général de Montréal entre 1875 et 1878. À l'exception d'un article de Godden et Helmstadter, ses efforts à Montréal ont suscité peu d'attention. Très instruite et bien branchée, Maria Machin a été admise à l'école Nightingale en 1873 et, du fait de ses talents remarquables, n'a pas tardé à être nommée responsable de l'enseignement aux stagiaires. Au cours de la première année où elle a occupé ces fonctions, le conseil de l'Hôpital général de Montréal l'a invitée à implanter dans cet hôpital les soins infirmiers enseignés à l'école Nightingale, et elle s'est sentie obligée d'accepter. Elle et son équipe d'infirmières ont considérablement amélioré les soins infirmiers, mais leurs efforts se sont soldés par un échec complet. Maria Machin a démissionné et est retournée en Angleterre avec son équipe d'infirmières vers la fin de leur quatrième année à Montréal. Baly et Bostridge attribuent cet échec à ce qu'ils considèrent comme ses manières arbitraires, son manque de diplomatie et son incapacité de gérer ses subalternes. D'importantes sources dans les archives canadiennes indiquent que cette conclusion est erronée; Maria Machin était en fait une bonne gestionnaire très diplomate. L'expédition de Maria Machin à Montréal est mise en contexte dans l'histoire sociale de l'impérialisme victorien et des efforts du conseil du Fonds Nightingale pour réformer les soins infirmiers dans tout l'Empire britannique. Quelques années auparavant, le conseil avait envoyé une équipe d'infirmières dirigée par Lucy Osburn à Sydney (Australie). Elle avait réussi à y implanter de meilleurs soins infirmiers, mais seulement en laissant partir quatre des cinq terribles infirmières formées à l'école Nightingale qu'elle avait initialement amenées avec elle, pour les remplacer par des Australiennes mieux formées. L'échec de Maria Machin s'explique par un trop grand nombre de difficultés éprouvées par Lucy Osburn à Sydney—les infirmières mal formées de l'école Nightingale et les graves préjugés fondés sur le sexe et la classe sociale. Les sources principales de cette communication se trouvent dans les archives de l'Hôpital général de Montréal et de l'Université de Toronto, dans les journaux canadiens et dans de multiples archives de Nightingale. Les principales sources secondaires utilisées sont H.E. McDermot, Godden, Hannaway et Burgess.

The Tyranny of Diagnosis: Leo Kanner and Infantile Autism as a Condition of the Affects (Panel C3)

Marga Vicedo (University of Toronto)

In his 1943 article “Autistic Disturbances of Affective Contact” Leo Kanner, the leading child psychiatrist in America, described 11 children suffering from a puzzling condition. A year later, he named their affliction: early infantile autism. Kanner’s work became the reference point for debates about whether autism was a new disease and what caused it. Kanner first argued that children were born with the condition and, therefore, autism had a biological origin. But later he claimed that children became autistic as a reaction to the emotional coldness of their parents, especially their “refrigerator” mothers. Why did Kanner change his view? Historians of autism have not reached an agreement about this question. In this paper, I explain why Kanner changed his position. I claim that the main reason was his identification of autism as a condition of the affects. Although autistic children have problems with language and many other aspects of their development, Kanner focused on their emotions. But, as historian of medicine Charles Rosenberg has argued, diagnosis not only identifies a condition. It also helps constitute and legitimate the reality that it discerns. Thus, when Kanner diagnosed the initial group of children as suffering from “disturbances of affective contact,” he established emotions as the central problem in their condition. This diagnosis, I argue, determined subsequent views about the causes of infantile autism. In mid-century America most psychiatrists believed that a mother’s behavior and emotions determined her child’s emotional development. Kanner first fought for his view that autistic children were born with the condition. But given the widespread consensus reached in the 1950s about the determinant role of maternal affects on children’s development, Kanner could not resist the tyranny of diagnosis.

La tyrannie du diagnostic: Leo Kanner et l’autisme infantile comme condition des affects (Panel C3)

Marga Vicedo (University of Toronto)

Dans son article de 1943, « Autistic Disturbances of Affective Contact » Leo Kanner, l’éminent psychiatre de l’enfant en Amérique, a décrit 11 enfants souffrant d’un problème déconcertant. Un an plus tard, il a nommé leur affliction: autisme infantile précoce. Le travail de Kanner est devenu le point de référence des débats sur le fait de considérer l’autisme comme une nouvelle maladie et le besoin de découvrir quelle en était la cause. Kanner a d’abord argumenté que les enfants naissaient avec le problème et, par conséquent, l’autisme avait une origine biologique. Mais plus tard, il a affirmé que les enfants devenaient autistes comme réaction à la froideur émotionnelle de leurs parents, notamment de leurs mères « réfrigérateurs ». Pourquoi Kanner a-t-il changé son point de vue? Les historiens de l’autisme n’ont pas abouti à un consensus sur cette question. Dans cet exposé, j’explique pourquoi Kanner a changé sa position. J’affirme que la raison principale était son identification de l’autisme comme une condition des affects. Même si les enfants autistiques ont des problèmes avec le langage et aussi dans beaucoup d’autres aspects de leur développement, Kanner s’est concentré sur leurs émotions. Mais, en tant qu’historien de la médecine, Charles Rosenberg a argumenté que le diagnostic non seulement identifie une condition. Il aide aussi à constituer et à légitimer la réalité qu’il discerne. Par conséquent, quand Kanner a diagnostiqué le groupe initial d’enfants souffrant de « troubles de contact affectif », il a établi les émotions comme le problème central dans leur situation. J’argumente donc que ce diagnostic a déterminé de nouveaux points de vue sur les causes de l’autisme infantile. Dans l’Amérique du milieu du siècle la plupart des psychiatres ont cru que le comportement d’une mère ainsi que les émotions déterminaient le développement émotionnel de son enfant. Kanner a en premier lieu lutté pour défendre son point de vue sur le fait que les enfants autistiques étaient nés avec ce problème. Mais étant donné le consensus généralisé atteint dans les années cinquante à propos du rôle déterminant des affects maternels sur le développement des enfants, Kanner n’a pas pu résister la tyrannie du diagnostic.

H.B.M. Murphy (1915-1987), pionnier de l'épidémiologie psychiatrique et intermédiaire entre les cultures scientifiques francophones et anglophones (Panel C3)

Emmanuel DeLille (Institut Max Planck)

H.B.M. Murphy (1915-1987), médecin canadien d'origine écossaise, a été un acteur important dans le champ de la recherche en santé mentale au XXe siècle. Engagé en 1959 à l'Université McGill pour développer la nouvelle unité de psychiatrie sociale et transculturelle (Division of Social and Transcultural Psychiatry, Allan Memorial Institute), Murphy s'est imposé comme un pionnier de l'épidémiologie psychiatrique, une science encore relativement nouvelle après-guerre. Contemporain des premières enquêtes internationales lancées à McGill sur les facteurs culturels qui interviennent dans la fréquence et l'évolution des troubles mentaux majeurs, Murphy se distingue à la fois en lançant des études comparatives sur des communautés francophones et anglophones du Canada, mais aussi en participant à des projets internationaux et en tant qu'expert à l'OMS. Ces réalisations scientifiques étant déjà bien connues, notre analyse se concentrera davantage sur son travail de collaboration entre les communautés scientifiques francophones et anglophones de Montréal, illustré par la fondation du groupe GIRAME (*Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie*, 1974) avec l'anthropologue Guy Dubreuil. Nous explorerons ensuite, de manière plus approfondie, sa contribution à la formation d'experts, en particulier sur l'axe Montréal-Paris, ainsi que son rôle dans la réception en France des savoirs de l'épidémiologie psychiatrique pendant les années 1960-80. Notre présentation s'appuiera à la fois sur des fonds d'archives peu connus et sur un corpus de langue française—l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*—auquel Murphy a participé.

H.B.M. Murphy (1915-1987), Pioneer of Psychiatric Epidemiology and Intermediary between the French and English-speaking Scientific Communities (Panel C3)

Emmanuel DeLille (Institut Max Planck)

Scottish-born Canadian doctor H.B.M. Murphy (1915-1987) was an important actor in the field of mental health research during the 20th century. Engaged by McGill University in 1959 to develop the new division of Social and Transcultural Psychiatry at the Allan Memorial Institute, Murphy established himself as a pioneer of psychiatric epidemiology, a relatively new branch of science in the post-war period. As a contemporary of the first international studies launched by McGill on the cultural factors which influence the frequency and development of major mental health issues, Murphy distinguished himself not only by launching comparative studies on French and English-speaking communities in Canada, but also by participating in international programs and working as an expert for the WHO. As his scientific achievements are already well known, our analysis will focus on his collaboration work between the French and English-speaking communities of Montreal, exemplified by the creation of the GIRAME (*Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie*) in 1974 with anthropologist Guy Dubreuil. We will then carry a closer examination of his contribution to the training of experts, especially on the Montreal-Paris axis, as well as assess his role in the critical reception of knowledge in psychiatric epidemiology in France in the 1960s-1980s. Our presentation is based on little-known archives as well as on a corpus in the French language—the *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*—to which he contributed.

**“Shee will not bee prevayled with to take any thing without your Direction”:
Friendship, Gender and Medical Authority in Early Modern England (Panel D1)**

Adriana Benzaquén (Mount Saint Vincent University)

Mary Clarke (c. 1656-1706) was the wife of John Locke’s close friend, the Somerset landowner and politician Edward Clarke. From the beginning of their friendship in the early 1680s until Locke’s death in 1704, Locke was the Clarkes’ most trusted physician and medical advisor. In his 1963 work *John Locke, Physician and Philosopher*, Kenneth Dewhurst dismissed Mary Clarke as a hypochondriac who “constantly plagued” Locke with her complaints and requests for medical advice yet “disregarded his advice whenever it was not to her liking” (295). Close analysis of the extensive three-way correspondence between Mary, her husband, and Locke, however, reveals a more complex picture of Mary’s experiences of health and illness and the tension between trust in, and misgivings about, medical authority, physicians and “physic.” Indeed, I will show that far from “imposing” their ailments on Locke’s friendship, as Dewhurst claims, the Clarkes (and Locke) were willing participants in an elaborate exchange of favours and services from which Locke benefited as much as, or even more than, his friends. The letters between Locke and the Clarkes provide strong evidence that medicine, however imperfect its knowledge and ineffective its treatments, played a central role in the life of an early modern Englishwoman of Mary’s class. When confronted with illness and death, Mary displayed the customary resignation and submission to God’s will, but she also made every possible effort to alleviate illness and prevent (or delay) death through medical means. Her friendship with Locke gave her access to the best medical knowledge available at the time. Although his advice was not always followed to the letter and the prescribed treatments not always led to recovery (and even though, to Mary’s mind, he sometimes interfered too much and other times not enough), for Mary Clarke and her family Locke’s medical expertise represented a source of authority that offered them reassurance and hope.

**« Shee will not bee prevayled with to take any thing without your Direction » :
L’amitié, le genre et l’autorité médicale dans l’Angleterre modern (Panel D1)**

Adriana Benzaquén (Mount Saint Vincent University)

Mary Clarke (1656-1706) était l’épouse d’un ami de John Locke, soit le propriétaire et politicien de Somerset, Edward Clarke. Dès qu’ils se sont liés d’amitié au début des années 1680 jusqu’à la mort de Locke en 1704, Locke jouait le rôle de médecin personnel et de conseiller médical auprès de la famille Clarke. Dans un ouvrage intitulé *John Locke, Physician and Philosopher* qui date de 1963, Kenneth Dewhurst avance que Mary Clarke aurait été une hypocondriaque qui « agaçait constamment » Locke en se lamentant et en sollicitant quantité de conseils médicaux tout en « ignorant ses conseils lorsque ceux-ci ne lui plaisaient pas » (295: Ma traduction). Une analyse minutieuse de la correspondance entre Mary, son époux et Locke, révèle cependant une image plus complexe des états de santé de Mary, ainsi que la tension entre sa foi et ses doutes face à l’autorité médicale, les physiciens et la médecine en général. En effet, je démontrerai que loin de profiter de l’amitié de Locke pour lui « imposer » leurs maux, tel que Dewhurst l’affirme, les Clarke (et Locke) participaient volontiers à un échange de faveurs et de services qui bénéficiait Locke autant que ses amis, voire davantage. Les lettres entre Locke et les Clarke prouvent que la médecine, en dépit de ses connaissances imparfaites et de ses traitements souvent inefficaces, jouait un rôle central dans la vie d’une femme moderne anglaise provenant de la classe sociale de Mary. Lorsque confrontée à la maladie et à la mort, Mary a fait preuve de résignation coutumière et de soumission à la volonté de Dieu, mais elle a aussi déployé énormément d’énergie à atténuer sa maladie et à prévenir (ou retarder) la mort par le truchement de procédés médicaux. Grâce à son amitié avec Locke, elle avait accès aux meilleures connaissances médicales de l’époque. Quoique ses conseils n’étaient pas toujours suivis à la lettre et ses traitements ne menaient pas toujours à un rétablissement (et malgré le fait que, selon Mary, il intervenait soit trop fréquemment, soit trop rarement), pour Mary Clarke et sa famille l’expertise médicale de Locke représentait une source d’autorité à la fois rassurante et pleine d’espoir.

Surgical families: Women, Mobility, and Medicine in the Napoleonic Era (Panel D1)

Lucia Dacome (University of Toronto)

This paper focuses on the life and activities of Zaffira Ferretti (1785–1817), who studied anatomy and surgery and practised midwifery in Italy, France, and the Ottoman Empire in the early nineteenth century. Ferretti grew up in Bagnacavallo, a small town in Northern Italy, in a surgical family. Her father, Francesco Ferretti, was the town's chief surgeon. Zaffira's mother, Maria Maddalena Petraccini (1759–1791) received a surgical licence. In 1788, Petraccini made a spectacular anatomical demonstration in the hospital of Ferrara and published a book on child rearing. Zaffira was herself trained in surgery by her father and subsequently took a degree at the University of Bologna. One of the first women to receive a degree in medicine and surgery in Italy, she travelled to Milan and Paris to continue her studies and perfect her surgical knowledge. In Paris, she received further training at the *Hospice de la Maternité* and seemingly became a supporter of Napoleon. Back in the Italian peninsula, she worked as a midwife and, after the fall of Napoleon, fled to Ottoman Greece, dying in Patras at the age of 32. This paper will consider the story of Zaffira Ferretti and her family in order to shed light on the historical role of the household as an important venue of production, circulation, and transfer of surgical knowledge as well as a site where bodily care was translated into health practices and advice. Moreover, it will examine Ferretti's case to draw attention to the significance of mobility in the history of both medical practices and medical practitioners, including women who travelled across Europe and the Mediterranean while mediating and negotiating medical and cultural boundaries.

Familles de chirurgiens: femmes, mobilité, et médecine à l'ère napoléonienne (Panel D1)

Lucia Dacome (University of Toronto)

Cet exposé traite de la vie et des activités de Zaffira Ferretti (1785-1817), qui a étudié l'anatomie et la chirurgie et exercé en tant que sage-femme en Italie, en France et dans l'Empire ottoman au début du XIXe siècle. Ferretti a grandi à Bagnacavallo, une petite ville du nord de l'Italie, dans une famille de chirurgiens. Son père, Francesco Ferretti, était le chirurgien en chef de la ville. La mère de Zaffira, Maria Maddalena Petraccini (1759-1791) avait également fait des études en chirurgie. En 1788 Petraccini fait une démonstration anatomique spectaculaire à l'hôpital de Ferrare et la même année elle publie un livre sur l'éducation des enfants. Zaffira a été elle-même formée par son père et a ensuite obtenu un diplôme en chirurgie à l'Université de Bologne. Elle a été ainsi une des premières femmes à recevoir un diplôme en médecine et chirurgie en Italie, avant de poursuivre ses études et de perfectionner ses connaissances chirurgicales à Milan et à Paris. C'est à Paris qu'elle a reçu une formation à l'Hospice de la Maternité et ce serait à partir de ce moment qu'elle a commencé à soutenir Napoléon. De retour dans la péninsule italienne, où Zaffira a travaillé comme sage-femme, elle a dû ensuite s'enfuir dans la Grèce ottomane, après la chute de Napoléon. Elle est morte à Patras à l'âge de 32 ans. Cet exposé étudie l'histoire de Zaffira Ferretti et de sa famille afin de clarifier le rôle historique du foyer domestique qui est à la fois un lieu important de production, circulation et transfert des connaissances en chirurgie et un espace privé où pratiquer et prendre soin de la famille. En outre, il examinera le cas de Ferretti pour attirer l'attention sur l'importance de la mobilité dans l'histoire des pratiques médicales comme dans celle des médecins, y compris à travers l'exemple des femmes qui ont voyagé en Europe et en Méditerranée en agissant en tant que médiatrices et négociatrices des frontières en matière de chirurgie et de culture.

A “Strange Artist”:

Juliette Hervy and Mind Experiments in Early French Psychical Research (Panel D1)

Alexandra Bacopoulos-Viau (McGill University)

In the late 1920s, a female medium called Juliette Hervy was invited to the laboratory of the recently founded Institut Métapsychique International in Paris for a series of “experimental writing” sessions. During those meetings the Institute members asked her to write essays on various specific philosophical, poetic, and scientific topics. Armed with pen and paper, the lady would start scripting uninterruptedly for about an hour, producing a vast quantity of materials that were then diffused, analyzed, and praised by psychologists and Spiritists alike. By offering a novel means of capturing the mind, this scriptural technique revealed what a renowned researcher of the time called “a strange artist”. To be sure, Hervy was no novice: she had been active in Spiritist and theosophical circles since the early 20th century. Delving into this little-known case—a French Hélène Smith?—sheds light not only on the interpretative paradigms within which these mind researchers operated, but also on the subject’s own appropriation of rapidly shifting knowledge about the “unconscious” during that seminal period (1900-1930).

Une « étrange artiste » :

Juliette Hervy et les expériences mentales dans les sciences psychiques françaises (Panel D1)

Alexandra Bacopoulos-Viau (McGill University)

À la fin des années 1920, la médium Juliette Hervy fut invitée dans les bureaux de l’Institut métapsychique international à Paris pour une série de séances d’ « écriture expérimentale ». Au sein de ces rencontres, on s’empressa autour d’elle, lui demandant de rédiger des dissertations sur des thèmes divers allant de la philosophie à la poésie, en passant par la science et la médecine. Munie d’un stylo et d’un papier, la dame (re)produisit ainsi à volonté un vaste corpus de textes qui furent ensuite analysés, diffusés et encensés autant par les psychologues que par les spirites. Or Hervy était loin d’être novice : en témoigne sa participation active dans les cercles spirites et théosophiques durant le premier quart du XXe siècle. Notre communication retracera l’histoire peu connue de cette « étrange artiste » qui, durant tout le premier quart du XXe siècle, fut une sorte d’écrivaine-vedette, et qui fascina ce faisant tout un éventail de chercheurs; en bref, une sorte d’Hélène Smith française maintenant reléguée aux oubliettes. Il s’agira de voir en quoi ce cas exceptionnel, de par sa position privilégiée au carrefour de divers discours, nous pose à interroger les liens entre art, pathologie et inconscient lors de cette période charnière (1900-1930).

**“We are Saving Lives for the Cost of Three-Quarters of a Cent per Acre”:
The History of Hospital Development in Saskatchewan (Panel D2)**
Helen Vandenberg (University of Saskatchewan)

This presentation brings attention to the diversity of hospital development in Saskatchewan, prior to the implementation of the provincial hospital insurance system in 1947. Utilizing government reports, as well as hospital and nursing sources, I demonstrate how hospitals were shaped by the unique context of the Western prairie. Saskatchewan was similar to many other Canadian provinces in that the first hospitals tended to be modest, charitable operations. However, scholars have yet to acknowledge the profound diversity and contextual differences that characterized hospital development in this province. In Saskatchewan, the majority of the province’s first hospitals were established by nursing organizations, such as the Grey Nuns or the Victoria Order of Nurses (VON). Moreover, the primarily rural population and agricultural landscape fostered a unique spirit of cooperation that resulted in a number of distinct services, including union hospitals, physician/nurse inducement grants, and remote Red Cross outposts. Taking into consideration Saskatchewan’s distinct context, I argue that hospital development was also shaped by a department of public health that scholars acknowledge as ahead of its time. During the early 1900s, most Canadian provinces required public health officials to inspect hospitals and report the number of cases of infectious disease. In Saskatchewan, hospitals were viewed as a subdivision of public health, rather than a separate entity, and hospital statistics were much more comprehensive and complex. Public health officials utilized hospital statistics, in conjunction with other disease and vital statistic data, to quickly respond to the rapidly changing population. Historians have yet to acknowledge how public health shaped changes to early hospital services, including the introduction of maternity grants aimed to increase hospital access for childbearing women, and further funding for isolation buildings, to prevent the spread of communicable illness in hospital. This paper will examine several of the ways that hospitals in Saskatchewan were shaped by early public health services, and how the relationship between hospitals and public health changed over time.

**« Nous sauvons des vies pour le coût de trois quarts d’un cent par acre » :
L’histoire du développement des hôpitaux en Saskatchewan (Panel D2)**
Helen Vandenberg (University of Saskatchewan)

Cette présentation attire l’attention sur la diversité du développement des hôpitaux en Saskatchewan, avant la mise en œuvre du régime provincial d’assurance-hospitalisation en 1947. En utilisant des rapports gouvernementaux ainsi que des sources hospitalières et infirmières, je démontre comment les hôpitaux étaient façonnés par le contexte unique des Prairies de l’Ouest. La Saskatchewan ressemblait à beaucoup d’autres provinces canadiennes dans le sens que ses premiers hôpitaux étaient souvent modestes ainsi que des lieux de bienfaisance. Cependant, les chercheurs n’ont pas encore reconnu la profonde diversité ni les différences contextuelles qui caractérisent le développement des hôpitaux dans cette province. En Saskatchewan, ce sont des organismes de soins infirmiers, comme les Sœurs Grises ou les Infirmières de l’Ordre de Victoria qui ont établi la majorité des premiers hôpitaux de la province. De plus, la population principalement rurale et le paysage agricole ont favorisé un esprit de coopération unique qui a abouti à un certain nombre de services distincts, y compris des hôpitaux de district, des bourses incitatives pour les médecins et les infirmières, et des avant-postes éloignés de la Croix-Rouge. Compte tenu du contexte particulier de la Saskatchewan, je soutiens que le développement des hôpitaux a également été façonné par un ministère de la santé publique que les spécialistes reconnaissent comme étant avant-gardiste. Au début des années 1900, la plupart des provinces canadiennes exigeaient que les agents de santé publique inspectent les hôpitaux et signalent le nombre de cas de maladies infectieuses. En Saskatchewan, les hôpitaux étaient considérés comme subdivisions de la santé publique plutôt que des entités distinctes, et les statistiques des hôpitaux étaient beaucoup plus complètes et complexes. Afin de répondre vite à une population évoluant rapidement, les responsables de la santé publique utilisaient les statistiques des hôpitaux en conjonction avec d’autres données sur les maladies ainsi que sur l’état civil. Les historiens doivent encore reconnaître comment la santé publique a façonné les changements aux premiers services hospitaliers, y compris l’introduction de subventions de maternité visant à améliorer l’accès des femmes enceintes à l’hôpital ainsi qu’un financement d’édifices de quarantaine pour prévenir la propagation des maladies transmissibles à l’hôpital. Ce document examinera comment les premiers services de santé publique ont façonné les hôpitaux de la Saskatchewan et comment la relation entre les hôpitaux et la santé publique a changé avec le temps.

“I am Neither a Knave Nor a Fool”: Conflict in the 1914 Correspondence of the Hugh Waddell Memorial Hospital, Canora, Saskatchewan (Panel D2)

Erin Gallagher-Cohoon (University of Saskatchewan)

The Hugh Waddell Memorial Hospital in Canora, Saskatchewan was opened in 1914 as the result of a substantial private donation to the Presbyterian Church of Canada. As a result, the financial challenges faced by church-owned and operated hospitals are evident in the records of the Canora hospital. The 1914 correspondence between the Medical Superintendent, Dr. Edwin Herbert Gray, and the Church hierarchy back East also demonstrates debates around the role of the hospital within the community, and the financial relationship of staff physicians to the hospital. On January 6th, 1914, Dr. Gray accepted the position of Medical Superintendent, for which he would be paid a yearly salary of \$1,200. As a salaried employee, however, he did not renounce his right to private patient fees. According to the regulations governing the hospital, Dr. Gray maintained the right of private practice and could admit his own patients and collect hospital fees from them. His position as a private practitioner put him at cross-purposes with his position as a salaried employee, causing conflict and discord with other hospital staff, private practitioners in the town, and Church employees. I analyze Dr. Gray's correspondence in the context of what Gagan & Gagan have described as a transition from a "closed" to an "open" hospital. At the beginning of the twentieth century, as hospitals developed from charitable institutions to for-profit businesses, the role of the medical staff also shifted, from appointed voluntary staff to private practitioners of paying patients. The records of the Canora hospital provide unique insight about the irregularities and conflicts that resulted in the middle of this transitional period. Similar to most hospitals at the time, Canora was both a charitable institution with salaried staff and nominal fees to cover hospital expenses, and a for-profit service trying to attract wealthier patients. At the same time, the particularities of the Saskatchewan context must be considered, as the site of Canora was chosen for the hospital because it was close to a Ruthenian community, and was framed as medical missionary work in a province known for its diverse, largely spread out immigrant population.

« Je ne suis ni valet ni fou » : les conflits se trouvant dans la correspondance de 1914 de l'Hôpital Hugh Waddell Memorial à Canora en Saskatchewan (Panel D2)

Erin Gallagher-Cohoon (University of Saskatchewan)

L'hôpital Hugh Waddell Memorial à Canora, en Saskatchewan, a ouvert ses portes en 1914 à la suite d'un important don privé à l'Église presbytérienne au Canada. En conséquence, les défis financiers qu'ont confrontés les hôpitaux étant la propriété des églises sont évidents dans les dossiers de l'hôpital de Canora. La correspondance de 1914 entre le surintendant médical, le docteur Edwin Herbert Gray et la hiérarchie de l'Église se trouvant dans l'Est, démontre les débats sur le rôle de l'hôpital au sein de la collectivité ainsi que la relation financière entre les médecins membres du personnel et l'hôpital. Le 6 janvier 1914, le Dr Gray accepta le poste de surintendant médical, pour lequel il recevrait un salaire annuel de 1 200 \$. Cependant, bien qu'il soit employé salarié, il n'avait pas renoncé à son droit d'être rémunéré par ses patients privés. Selon les règlements régissant l'hôpital, le Dr Gray pouvait maintenir sa pratique privée, admettre ses propres patients et percevoir des frais d'hospitalisation de leur part. Sa position de praticien privé l'a mis en conflit avec son poste d'employé salarié, provoquant des désaccords avec d'autres employés de l'hôpital, des praticiens privés de la ville et des employés de l'Église. J'analyse la correspondance du Dr Gray dans le contexte de ce que Gagan et Gagan ont décrit comme une transition d'un hôpital « fermé » à un hôpital « ouvert ». Au début du XXe siècle, au fur et à mesure que les hôpitaux passaient d'institutions de bienfaisance à des entreprises à but lucratif, le rôle du personnel médical a également évolué, allant d'un personnel privé désigné à des praticiens privés de patients payants. Les dossiers de l'hôpital de Canora fournissent un aperçu unique dans les irrégularités et les conflits qui se sont présentés pendant cette période de transition. À l'instar de la plupart des hôpitaux de l'époque, Canora était à la fois une institution de bienfaisance dotée de personnel salarié tout en facturant des frais nominaux pour couvrir les coûts d'hospitalisation, et était à la fois un service à but lucratif visant l'attrait de patients plus aisés. Parallèlement, les particularités du contexte de la Saskatchewan doivent être prises en considération, car le site de Canora a été choisi pour son hôpital comme ce dernier était à proximité d'une collectivité ruthénienne et se présentait comme lieu de travail missionnaire médical dans une province connue pour sa diverse et éparse population immigrée.

Before the Birth of Medicare:

Government Funding and Insurance Schemes in Saskatchewan (Panel D2)

Ceilidh Auger-Day (University of Saskatchewan)

Union hospitals and financial inducements for physicians provided by municipal schemes were unique and early developments within Saskatchewan healthcare, pointing to some of the ways in which health coverage has been (and continues to be) more diverse than is often recognized, even within the field of hospital history. Between the Hospital Ordinance of 1901 and the War Municipalities Act of 1937, the Saskatchewan government enacted a series of policies that affected hospitals, and changed the ways hospitals in the province could be created and run. For example, union hospitals, which were hospitals funded by a group of cooperating municipalities, were a unique response within Canada to meet the need for medical care in Western prairie regions. Less unique, but nonetheless significant, was the development of a Saskatchewan Worker's Compensation Board, based on the Meredith Principles developed in 1913 by Ontario Judge Sir William Meredith. By 1930, with a grant from the provincial government, the Saskatchewan compensation board was working to protect workers (and employers) and pay for worker's healthcare in the case of work related injuries. This occurred during the same time that thousands of Saskatchewan residents were struggling with poverty, unemployment and increasing health care costs. The Meredith Principles created a system of hospital and medical care payment and coverage that continues to this day to be distinct from, and more comprehensive than, general provincial care, and it predates the implementation of universal coverage in any province. Worker health and workers' hospital experiences were therefore different than those of other members of Saskatchewan society. This presentation will explore the development of early twentieth-century hospital health coverage in Saskatchewan, and the diversity of funding schemes that were experienced in Saskatchewan before the advent of provincial insurance.

Avant la naissance du régime public l'assurance-maladie :

les régimes étatiques de financement et d'assurance en Saskatchewan (Panel D2)

Ceilidh Auger-Day (University of Saskatchewan)

Uniques et faisant partie des premiers développements du régime de soins de santé de la Saskatchewan, les hôpitaux de district et les mesures incitatives financières pour les médecins étaient financés par des régimes municipaux. Ces hôpitaux et ces mesures soulignent certains moyens dont la couverture des soins de santé a été (et continue à être) plus diversifiée qu'on ne le croit, et ceci même dans le domaine de l'histoire hospitalière. Entre l'Ordonnance des hôpitaux de 1901 et la Loi des municipalités sur la guerre de 1937, le gouvernement de la Saskatchewan a adopté une série de politiques qui ont modifié les processus de création et de gestion des hôpitaux de la province. Par exemple, les hôpitaux de district, qui étaient financés par des municipalités coopérantes, représentaient une solution unique au Canada pour répondre aux besoins de soins de santé dans les régions des Prairies de l'Ouest. Moins singulière, mais cependant significative, fut la création d'une Commission des accidents du travail en Saskatchewan. Cette commission fut fondée sur les principes de Meredith élaborés en 1913 par le juge de l'Ontario, Sir William Meredith. En 1930, grâce à une subvention du gouvernement provincial, la Commission de la Saskatchewan s'efforçait de protéger les travailleurs (et les employeurs) et de payer les frais de soins de santé des travailleurs en cas d'accidents de travail. Cela s'est produit pendant que des milliers de résidents de la Saskatchewan luttent contre la pauvreté, le chômage et des coûts élevés de soins de santé. Les principes de Meredith ont créé un système de paiement et de couverture des soins médicaux et hospitaliers qui, jusqu'à ce jour, est distinct et plus complet que les soins provinciaux généraux, et, de plus, ce système précède la mise en œuvre d'une couverture universelle dans n'importe quelle autre province. La santé des travailleurs et leurs expériences hospitalières étaient donc différentes de celles des autres habitants de la Saskatchewan. Cette présentation explorera l'évolution de la couverture des soins hospitaliers en Saskatchewan au début du XXe siècle ainsi que la diversité des régimes de financement qui y existaient avant l'arrivée du régime provincial d'assurance-maladie.

Losing Face:

Gender, Scientific Authority and the 19th-Century Origins of the Chemical Skin Peel (Panel D3)

Kathryn Schweishelm (Freie Universität Berlin)

Discussions of the origins of modern plastic surgery have traditionally centred heavily on the First World War, a position that rightly acknowledges the significant influence the injuries of trench warfare had in spurring a rapid increase in the development of surgical techniques. Less often acknowledged, however, are the ways in which the war was responsible not for the literal invention of technologies, but rather for the gendered associations that would allow existing technologies to gain cultural legitimacy and visibility. Plastic surgery has been performed in some form for centuries, and in the decades prior to WWI especially there were many practitioners, often female and informally trained, who sought to permanently alter or restore physical appearances through medical interventions. Whereas the objects of war surgeries were disfigured masculine warriors, however, the objects of the earlier practitioners' work were usually women expressly seeking to achieve beauty. As a result of their associations with female clients, beauty culture, and often advertising and mass culture, any innovations by these early practitioners were largely ignored or disqualified as quackery by the mainstream of the time. Similarly, because the war and its narrative of masculine technological progress has occupied a privileged position within the historiography of modern plastic surgery, examples of procedures that were developed in the period prior to the war have been largely overlooked. An instructive example of this can be found in the case of the lay practitioners who discovered and refined the chemical peel process in the late 19th century. Public discussions of this procedure were widespread by the turn of the century; however, these discussions took place almost exclusively within female-oriented forums such as the women's sections of newspapers and in beauty guidebooks, and therefore have gone mostly unnoticed in the scholarship to this day. Using materials drawn from these sources and other popular literature of the time, my paper traces the public discourse surrounding these so-called "peelers" and seeks to restore the scientific contributions of these marginalized innovators to the wider narrative about plastic surgery and its origins.

Face à l'oubli : Genre, autorité scientifique et origines du peeling chimique au XIXe siècle (Panel D3)

Kathryn Schweishelm (Freie Universität Berlin)

Il est de tradition, dans les discussions académiques portant sur les origines de la chirurgie esthétique moderne, de se concentrer de manière quasi exclusive sur la Première Guerre mondiale, une prise de position qui reconnaît à juste titre le rôle important qu'ont joué les blessures de la guerre des tranchées dans l'essor des techniques chirurgicales. Il est plus rare, cependant, que soit reconnue la responsabilité de la guerre non pas pour l'invention à proprement parler des technologies, mais pour l'apparition des associations sexospécifiques qui permettront aux technologies existantes de gagner en légitimité et visibilité. La chirurgie esthétique, sous une forme ou une autre, a été pratiquée depuis des siècles, et c'est surtout au cours des décennies précédant la Première Guerre mondiale qu'un grand nombre de professionnels, souvent des femmes et souvent sans formation formelle, essayaient de modifier ou de restaurer l'aspect physique de leurs patients grâce à des interventions médicales. Tandis que la chirurgie de guerre ne se pratiquait que sur des hommes, des guerriers défigurés et mutilés, les praticiens d'avant-guerre traitaient habituellement des femmes dont l'objectif affiché était de se rendre plus belles. Du fait de leurs liens avec des patientes féminines, avec la culture de la beauté, et souvent avec la publicité et la culture de masse, les innovations de ces praticiens de la première heure furent largement ignorées voire rejetées par l'opinion publique et professionnelle de l'époque, qui les assimilait à de la charlatanerie. De la même manière, la guerre et, avec elle, l'idée d'un progrès technologique masculin ayant occupé une position privilégiée au sein de l'historiographie de la chirurgie esthétique moderne, les procédés développés dans la période d'avant-guerre ont été largement passés en silence. Un exemple révélateur à cet égard est le cas des praticiens amateurs qui, à la fin du XIXe siècle, ont découvert et affiné le procédé du peeling chimique. Les débats publics sur ce procédé furent nombreux au tournant du siècle. Or, ils se tenaient presque sans exception au sein de forums destinés aux femmes, tels que les sections spécialisées dans les quotidiens ou les manuels de beauté, ce qui fait que la science les a, pour la plupart, laissés de côté jusqu'à nos jours. Basée sur ces sources et la littérature populaire de l'époque, cette étude retrace le discours public autour de ces praticiens appelés « peelers » et vise à rétablir, pour l'histoire plus large de la chirurgie esthétique et de ses origines, les contributions scientifiques qu'ont apporté ces inventeurs marginalisés.

**A Clash among Cancer Specialists in Canada:
Delaying the Progression of Anti-tumor Treatments and their Evaluation, 1954-1965 (Panel D3)**
Fedir Razumenko (University of Saskatchewan)

In 1954, the Canadian Cancer Society conducted the first large-scale survey to assess the extent of knowledge about cancer among Canadian women. The survey focused on cancers of the breast and of the cervix uteri. This focus was not accidental, because the latter malignancies responded allegedly better to high-voltage radiotherapy than to surgery. Since the introduction of Cobalt-60 teletherapy units in 1951, radiotherapy in Canada emerged as a rival to surgery that was quite radical in treating breast and cervical tumors. High-voltage radiotherapy showed promising results for these two cancer types and was relatively painless, so cancer patients travelled from far and wide to get radiotherapy in several Canadian medical centers. Surgeons seemed to be losing their dominant position in cancer management in Canada in the context of booming clinical radiotherapeutic investigations within university-based teaching hospitals. Local clinical trials with the cancer inhibiting drugs, including hormones, overshadowed cancer surgery further. Attention of the National Cancer Institute of Canada centered largely on radiological and chemotherapeutic aspects of cancer control, rather than surgery. Given the situation, I argue, the rift between surgeons, radiotherapists, and chemotherapists contributed to hampering the development of multimodal randomized clinical trials of new treatment methods in an all-Canadian setting. I explore how medical professionalization interfered with practice by the example of investigational protocols. Building on the work of Harry Marks, Ilana Löwy, Peter Keating, and Alberto Cambrosio, I shed some light on the evolution of Canadian cancer program through the institution-making, inter-professional struggle, and technological advancement. At the time newly established Cancer Institutes and Research Units catalyzed a reconfiguration of power relations among radiotherapists, surgeons, and chemotherapists. Novel chemotherapeutic agents, like Vinblastine, upgraded megavoltage radiotherapy machines, such as Rotational Theratrons, and techniques for using them contributed to this reconfiguration somewhat. I draw on private correspondence among cancer investigators and on records from Cancer Institutes and Research Units in Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, and British Columbia, to demonstrate how interconnected those actors were and why this high-potential interconnectedness had low efficiency.

**Les affrontements entre les oncologues canadiens :
retardant l'évolution des traitements anticancéreux et de leur évaluation, 1954-1965 (Panel D3)**
Fedir Razumenko (University of Saskatchewan)

En 1954 la Société canadienne du cancer a mené la première étude à grande échelle qui a évalué le niveau de connaissances des femmes canadiennes au sujet du cancer. L'étude ciblait les cancers du sein et du col de l'utérus. L'importance accordé à ces deux cancers n'était pas accidentel, ces malignités répondaient apparemment mieux au traitement par radiothérapie que par intervention chirurgicale. Depuis l'adoption de téléthérapie au Cobalt-60 en 1951, la radiothérapie était en compétition avec les traitements chirurgicaux au Canada. La chirurgie était une réponse drastique aux tumeurs du sein et du col. La radiothérapie à haute tension donnait des résultats prometteurs pour ces deux cancers. De plus, ce traitement était relativement indolore. En conséquence, les patients cancéreux voyageaient au loin pour se faire soigner à divers centres médicaux canadiens. Les chirurgiens semblaient perdre leurs positions dominantes dans le traitement du cancer au Canada en contexte des enquêtes cliniques de radiothérapie dans les hôpitaux universitaires. Des essais cliniques de médicaments anticancéreux y inclus les hormones ont éclipsé les chirurgies du cancer. L'institut National Canadien de Cancer était principalement axé sur les aspects radiologiques et chimiothérapeutiques de traitement anticancéreux, et non les aspects chirurgicaux. Compte tenu de la situation, je conviens que les lignes de fracture entre les chirurgiens, les radiothérapeutes, et les chimiothérapeutes constituaient une entrave sérieuse au développement d'essais cliniques multimodale et aléatoires de nouvelles méthodes de traitement dans un contexte canadien. J'explore l'intrusion de la professionnalisation dans la pratique médicale en s'inspirant de l'exemple des protocoles expérimentaux. J'utilise et développe le travail fait par Harry Marks, Ilana Löwy, Peter Keating, et Alberto Cambrosio en élucidant l'évolution du programme de lutte contre le cancer au Canada, une évolution qui était le résultat d'un conflit interprofessionnel et du progrès technologique. À l'époque les instituts et unités de recherche nouvellement établis promouvaient une recomposition des relations de pouvoir entre les radiothérapeutes, les chirurgiens, et les chimiothérapeutes. Des nouveaux agents chimiothérapeutiques, tel que la vinblastine, les appareils de radiothérapie modernisés, tel que le "Rotational Theratrons," et les techniques pour les utiliser ont tous contribué quelque peu à cette recomposition. Je m'appuie sur la correspondance privée des chercheurs et sur les documents des instituts et des unités de recherche en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, et en Colombie-Britannique pour faire preuve des interconnexions entre les acteurs et pour évaluer la faible efficacité de ces interconnexions malgré leur potentiel.

“One is Dental, the Other is Mental”:

The Relationship of Orthodontics and Psychology in Canadian Society, 1945-2000 (Panel D3)

Melissa Micu (University of Guelph)

By the second half of the twentieth century, a growing number of Canadian dentists—mostly in large, urban areas—began to employ psychological theories and techniques in an effort to promote orthodontic treatment. These dentists frequently recommended treatment to prevent or improve psychological problems argued to stem from malocclusion, the condition of having crooked teeth. Several scholars have situated the beginnings of this association between orthodontics and psychology in the 1980s and 1990s, arguing that the dental profession shifted away from its prior public health focus towards marketing, patient management, and cosmetic dentistry during these two decades. However, this paper will argue that the employment of psychological theories in orthodontic practice and research began in the immediate postwar period and would continue through to the late twentieth century. During the postwar period, research on the psychosocial dimensions of malocclusion was increasingly emphasized in both professional and popular articles. The prominence of psychology in postwar Canadian society encouraged orthodontists to apply psychological theories to their practice in an effort to influence prospective clients and attain greater legitimacy. Orthodontists and psychologists emphasized the potential negative psychosocial effects arising from malocclusion to impel parents to seek treatment for their children. In addition, orthodontists began conducting research on the impact of motivation on treatment success and using psychological techniques in order to improve patient management. By the 1980s, there was a shift away from articles focused on child psychology to the psychology of self-esteem. The growth of the cosmetic industry, the development of new dental technologies, and an increase in group insurance plan enrolment resulted in a greater number of adults undertaking orthodontic treatment in the 1980s and 1990s. This paper ultimately seeks to trace the changes in the dental profession’s employment of psychological theories as well as the impact of such research on the Canadian public’s conceptions of orthodontic treatment.

« One is Dental, the Other is Mental » :

le lien entre l'orthodontie et la psychologie dans la société canadienne, 1945-2000 (Panel D3)

Melissa Micu (University of Guelph)

Durant la deuxième moitié du vingtième siècle, un nombre croissant de dentistes canadiens—particulièrement dans les grands centres urbains—commencèrent à appliquer des techniques et des théories psychologiques au traitement orthodontique. Ces dentistes y eurent recours dans le but de prévenir ou de traiter des problèmes psychologiques issus de la malocclusion, une condition marquée par le désalignement des dents. Plusieurs chercheurs situent les origines de cette association entre l’orthodontie et la psychologie aux années 1980 et 1990. Durant ces deux décennies, la profession dentaire se serait éloignée des enjeux de santé publique afin de porter sur le marketing, la gestion des patients et l’esthétique. Toutefois, cette communication démontre que l’emploi des théories psychologiques dans la pratique et la recherche orthodontique a commencé immédiatement dans l’après-guerre pour se poursuivre jusqu’à la fin du vingtième siècle. À l’époque, les recherches sur les dimensions psychologiques de la malocclusion sont abordées dans des articles professionnels et populaires. La prédominance de la psychologie dans la société canadienne encourage les orthodontistes à appliquer ces théories afin d’influencer les clients potentiels et obtenir une plus grande légitimité. Les orthodontistes et les psychologues misent sur les effets psychosociaux négatifs de la malocclusion afin de pousser les parents à recourir à un traitement pour leurs enfants. En outre, ils commencèrent à mener des recherches sur les motivations à suivre le traitement et eurent recours aux techniques psychologiques pour améliorer la gestion des patients. Au tournant des années 1980, les articles à propos de la psychologie de l’enfant sont remplacés par d’autres portants sur l’estime de soi, marquant ainsi un changement de cap pour la profession. Dans les années 1980 et 1990, la croissance de l’industrie des cosmétiques, le développement de nouvelles technologies dentaires et l’augmentation des inscriptions aux régimes d’assurance collective permettent à un plus grand nombre d’adultes d’entreprendre des traitements orthodontiques. En définitive, cette communication retrace les changements dans l’emploi des théories psychologiques par la profession dentaire ainsi que l’impact de la recherche sur les conceptions du public canadien en matière de traitement orthodontique.

“My head, my head”: The 1855 Burinelli Execution and the Multiple Forensic Languages of Insanity in mid-Victorian England (Panel E1)

Cosimo Calabrò (McGill University)

This presentation focuses on the case of Luigi Burinelli who was executed in London after being tried and sentenced at the Central Criminal Court at the Old Bailey for the killing of his former landlord. In addition to being a journalistic *cause célèbre* the Burinelli *affaire* provoked an intense medico-legal debate about criminal responsibility, the propriety of judicial procedures and the assessment of forensic testimonies provided by different medical practitioners such as: alienists, physicians, surgeons and nurses. While briefly discussed within the scope of its fundamental traits and included in larger studies about Victorian lunacy and forensic medicine (notably Smith 1981a and 1981b and Eigen 2003 and 2004) the Burinelli case remains to be fully analyzed, nuanced and placed in the multiple public contexts where it played out. To this end I will address two main issues analyzing two complementary sets of sources: first, the conflictual medical discourses about Burinelli's mental conditions as being recorded by the trial narrative known as the Old Bailey *Proceedings*, second: the medical literature subsequent to Burinelli's sentencing and execution vociferously arguing for his insanity. In this context, I will focus in particular on the 1855 pamphlet *The Case of Luigi Burinelli: Medico-Legally Considered* written by the prominent alienist Forbes Winslow (1810-1874). Several articles published in *The Lancet* and in *The Medical Times and Gazette* will also be presented. Finally mention will be made about a comparative phrenological report on Burinelli published in 1856 and to the best of my knowledge never included in the discussion of this case before. Despite the fact that the Burinelli case took place twelve years after the establishment of the *M'Naghten* rules, the entirety and the multiplicity of discourses that the case generated demonstrate that both the insanity plea and notions of degrees of criminal responsibility were in a complex and nuanced transitional medico-legal period.

« My head, my head » : l'exécution de Burinelli en 1855 et les multiples langages médicaux-juridiques en questions de folie en Angleterre de l'époque victorienne (Panel E1)

Cosimo Calabrò (McGill University)

Cette présentation porte sur l'affaire de Luigi Burinelli qui avait été exécuté en Londres après avoir été jugé et condamné au tribunal de Old Bailey pour l'assassinat de son ancien propriétaire. À part d'être une cause célèbre journalistique, l'affaire Burinelli a provoqué un débat médico-juridique intense à propos de la responsabilité criminelle, sur l'intégrité des procédures juridiques et de l'évaluation judiciaire des témoignages présentés par les acteurs médicaux tels que les aliénistes, les médecins, les chirurgiens, et les infirmières. L'affaire Burinelli a été discutée de façon générale dans le cadre général sur les notions fondamentales de la folie et de la médecine légale à l'ère victorienne (notamment Smith 1981a et 1981b; Eigen 2003 et 2004). Néanmoins, elle n'a pas été pleinement élucidée, nuancée et placée dans les multiples contextes publiques où elle avait émergé. À cette fin, je vais aborder deux questions principales en analysant deux sources complémentaires. La première s'agit des discours médicaux en conflit l'un l'autre par rapport à l'état mental de Burinelli tel quel avait été transcrit dans les procédures judiciaires Old Bailey. La deuxième s'agit du corpus de littérature médicale qui avait été publié à la suite de la condamnation et de l'exécution de Burinelli. Cette littérature plaide vigoureusement pour la reconnaissance de la folie de Burinelli. Dans ce contexte, je me pencherai en particulier sur le livret intitulé *The Case of Luigi Burinelli: Medico-Legally Considered*, écrit par l'aliéniste renommé Forbes Winslow (1810-1874). De même, je montrerai plusieurs articles publiés dans *The Lancet* et dans *The Medical Times and Gazette*. Enfin, je citerai le rapport comparatif et phrénologique sur Burinelli. Publié en 1856, il n'a jamais fait partie—que je sache—de la discussion de ce cas. Malgré le fait que l'affaire Burinelli s'est déroulée douze ans après l'établissement des *Règles de M'Naghten* [the M'Naghten Rules], la totalité et les multiples discours générés par le cas démontrent que le plaidoyer de la folie ainsi que les diverses notions du degré de responsabilité pénale avaient été localisés dans un milieu médico-légal transitoire complexe et plein de nuances.

Punishing Attempted Suicide in English-Speaking Canada, 1892-1972 (Panel E1)

Janet Miron (Trent University)

In nineteenth- and early twentieth-century Canada, English-speaking society increasingly presented suicide as the product of mental illness, rather than a crime or moral sin. This shift in attitudes was reflected with the removal of suicide as a punishable offence from Canada's *Criminal Code* in 1892. Nevertheless, attempted suicide was not inscribed with the same medical interpretation and shift in status, but, instead, remained a punishable offence. Indeed, men and women continued to be incarcerated in prison as punishment for this "crime" until 1972. In some cases, individuals were released from hospital after their physical recovery only to find themselves promptly arrested. As this paper will discuss, theories of or responses to attempted suicide were not monopolized by psychiatric or medical discourse, but, rather, existed alongside an impulse to punish it as a criminal act well into the second half of the twentieth century. Albeit seemingly inconsistent with the perception that suicide was rooted in mental illness, the criminalization of attempted suicide was rarely criticized or questioned, let alone discussed in medical, political, legal, or popular discourse. In spite of the prevalence of the view that those who died by their own hand were mentally ill, the idea that attempted suicide should not be punished was voiced only gradually in the second half of the mid-twentieth century. Until then, punishment remained a legitimate and widely accepted response to attempted suicide. This paper explores this persistent criminalization of attempted suicide and the factors that both prevented and eventually contributed to its gradual medicalization. Remarkably scant criticism was raised by the punishment of attempted suicide prior to the 1960s, the implications of which may speak to the profound discomfort the issue of voluntary death raised in Settler-Canadian society.

Punir la tentative de suicide au Canada anglais, 1892-1972 (Panel E1)

Janet Miron (University of Trent)

Au dix-neuvième siècle et au début du vingtième, le Canada anglais définit de plus en plus le suicide comme étant le produit d'une maladie mentale plutôt que comme un crime ou une faute morale. Ce changement d'attitude se manifeste par le retrait du suicide du Code criminel du Canada en 1892. Néanmoins, l'interprétation médicale de la tentative de suicide ne suit pas la même évolution. La tentative de suicide ne change pas de statut et demeure un délit répréhensible. En effet, des hommes et des femmes sont toujours incarcérés pour ce « crime » jusqu'en 1972. Dans certains cas, les gens sortent de l'hôpital une fois rétablis physiquement pour être promptement arrêtés par la suite. Comme il en sera question dans cette communication, les théories ou les réponses à la tentative de suicide ne sont pas monopolisées par les discours psychiatriques ou médicaux, mais coexistent plutôt avec une propension de la punir comme acte criminel durant la deuxième moitié du vingtième siècle. Bien qu'elle soit de toute évidence incohérente avec la perception voulant que le suicide soit profondément enraciné dans la maladie mentale, la criminalisation de la tentative de suicide est rarement critiquée, questionnée ou même abordée dans les discours médicaux, politiques, légaux ou populaires. En dépit d'une opinion répandue voulant que ceux qui se donnent la mort soient atteints d'une maladie mentale, l'idée que la tentative de suicide ne devrait pas être punie fut exprimée graduellement au milieu de la deuxième moitié du vingtième siècle. Jusque-là, la sanction légale demeure une réponse légitime et largement acceptée à la tentative de suicide. Cette présentation explorera la criminalisation persistante de la tentative de suicide ainsi que les facteurs ayant nui et éventuellement contribué à sa médicalisation progressive. Nous soulignerons que peu de critiques se sont élevées face aux sanctions appliquées à la tentative de suicide avant les années 1960 ; selon nous, cela exprime l'inconfort profond que la question de la mort volontaire provoquait alors dans la société coloniale canadienne.

Forensic Neuroimaging as a 21st-Century Lombroso-style Criminal Anthropology (Panel E1)

Guilherme Sanches de Oliveira (University of Cincinnati)

Developments in brain-scanning techniques, allied to the increased availability of neuroimaging results and data-intensive computational analysis methods, have led to new research efforts to identify biomarkers of criminal tendency and recidivism at the neural level (e.g., Bufkin and Luttrell 2005, Aharoni et al 2013, Glenn and Raine 2014). In this paper I examine the emerging trend of forensic neuroimaging, and contrast it with the “criminal anthropology” of the 19th-century Italian physician Cesare Lombroso. I argue that, even though we now have more sophisticated tools at our disposal, some of the very same mistakes are being repeated. Cesare Lombroso's “The Criminal Man” (*L'uomo delinquente*) was first published in 1876 and is generally considered as marking the beginning of modern criminology. Although very influential at that time, and even hailed by some as cutting-edge science, during the 20th century Lombroso's ideas were rejected as being unscientific. At the center of Lombroso's theory was the notion of the “born criminal.” Lombroso interviewed and examined thousands of convicts and concluded that they differed from “healthy” individuals in that they displayed a number of physical characteristics, such as “*deformed skulls, greater height and weight, (...) crooked noses, sloping foreheads, large ears, protruding jaws, and dark skin, eyes, and hair.*” All of these exterior traits, he thought, mirrored the criminal's interior “*moral obtuseness,*” and were the result of “atavism” or throwback to an evolutionarily inferior stage of mankind. Lombroso is widely vilified as a narrow-minded biological determinist, but he is also said to have come to hold a more nuanced view near the end of his life. As he collected more data, Lombroso concluded that only a third of all criminals displayed the minimum of five anomalies required to be considered “the full criminal type,” such that criminality had to be at least partly due to environmental (social, economic) factors. Contrasting this historical record with the debate surrounding forensic neuroimaging, I propose that current research is threatened by the same pitfalls of reductionism and over-reliance on correlations between biomarkers and criminality—with the recourse to environmental factors potentially being, in both cases, a purely rhetorical move.

Neuro-imagerie Forensique, une version contemporaine de l'Anthropologie Criminelle de Lombroso (Panel E1)

Guilherme Sanches de Oliveira (University of Cincinnati)

L'évolution des techniques de scintigraphie cérébrale, associées à l'augmentation de la disponibilité des résultats de la neuro-imagerie et des méthodes d'analyse informatique, ont conduit à de nouveaux efforts de recherche pour identifier les biomarqueurs de tendance criminelle et récidive au niveau neuronal (Bufkin et Luttrell 2005, Aharoni et al. 2013, Glenn et Raine, 2014). Dans cet article, j'examine la tendance émergente de la neuro-imagerie médico-légale et la confronte à l'anthropologie criminelle du médecin italien du XIXe siècle Cesare Lombroso. Je soutiens que, même si nous avons actuellement des outils plus sophistiqués à notre disposition, certaines des mêmes erreurs se répètent. “The Criminal Man” de Cesare Lombroso (*L'uomo delinquente*) a été publié pour la première fois en 1876 et est généralement considéré comme le début de la criminologie moderne. Bien que très influentes à l'époque, et même saluées par certains comme la science de pointe, au cours du XXe siècle, les idées de Lombroso ont été rejetées comme non scientifiques. Au centre de la théorie de Lombroso était la notion du «*criminel né*». Lombroso a interrogé et examiné des milliers de prisonniers et a conclu qu'ils différaient des individus «en bonne santé» en ce qu'ils présentaient un certain nombre de caractéristiques physiques, comme «*deformed skulls, greater height and weight, (...) crooked noses, sloping foreheads, large ears, protruding jaws, and dark skin, eyes, and hair*». Tous ces traits extérieurs reflétaient la «*moral obtuseness*» intérieure du criminel, résultat d'un «atavisme» ou d'un retour à un stade évolutive inférieur de l'humanité. Lombroso est vilipendé comme un déterministe biologique étroit d'esprit, mais il peut paraître qu'il a eu une vision plus nuancée vers la fin de sa vie. En recueillant plus de données, Lombroso a conclu que seulement un tiers de tous les criminels présentait le minimum de cinq anomalies requises pour être considéré «le type criminel complet», de telle sorte que la criminalité devait être au moins partiellement grâce à des facteurs environnementaux (sociaux, économiques). Contrastant ce record historique avec le débat sur la neuro-imagerie forensique, je propose que la recherche actuelle est menacée par les mêmes pièges du réductionnisme et de trop compter sur les corrélations entre les biomarqueurs et la criminalité—le recours à des facteurs environnementaux peut être, dans les deux cas, purement un mouvement rhétorique.

We are All Equal in Death:

Children's Bodies and Anatomical Dissection in 18th Century Britain (Panel E2)

Esther Atkinson (University of Toronto)

This paper examines observations and case reports about children dissected after death. I show that the descriptions of the dissection of children reveal a complexity in the idea of “the child” during this period. In life, the 18th century child was seen as a soft, tender, and malleable individual in need of specialized medical care and protection from illness. In death, I argue, their uniqueness as “children” vanishes during dissection in favour of the knowledge their bodies offer to the adult world about disease. In essence, they cease to be children. This idea of “the child” in death seems in conflict a dominant historical narrative about childhood and the family in the 18th century. Historians identify this period as one where displays of parental affection and sentimentality towards children were on the rise, which makes “opening up” a child’s body for the purposes of anatomical investigation appear incongruent within this cultural paradigm. However, providing consent to violate the integrity of their child’s body suggests something more nuanced in parents’ feelings towards their children. The emotional pain from the loss of their offspring may have stimulated some parents to specifically request their child’s body be opened. The search for an answer for their child’s death may have participated in the healing process. Although there is no doubt that discussions of adult bodies dominate discussions in the literature produced by physicians and surgeons of the period, there is considerable evidence that children’s bodies also occupied an important place in the world of 18th century anatomy. With the high child and infant mortality rate during the 18th century, there was no shortage of opportunity for surgeons to perform dissections on children. Despite the significant number of case reports published in medical journals during this century confirming children’s bodies were dissected, few historians have discussed the important role this practice played in the human anatomy during this period. My paper will address this by examining the published reports of children’s dissection in books and periodicals in 18th century Britain.

Nous sommes tous égaux face à la Mort :

Corps d’enfants et dissection anatomique dans l’Angleterre du XVIIIe siècle (Panel E2)

Esther Atkinson (University of Toronto)

Ce papier analyse les rapports d’observations médicales sur les enfants disséqués après la mort. Il souhaite démontrer comment ces rapports révèlent que la notion même de « enfant » est très complexe à cette époque. Pendant sa vie, l’enfant était vu comme un individu souple, tendre et malléable qui nécessitait des soins médicaux spécialisés et d’être protégé de la maladie. Dans la mort, je suggère, l’« unicité » de l’être enfant disparaissait à travers le processus de dissection pour privilégier une connaissance scientifique du corps malade dont profitait le monde adulte. En substance, en raison de processus de dissection, les enfants cessaient d’être tels. Cette idée du changement de statut de “l’enfant” dans la mort semble être au premier abord en conflit avec la position historique dominante à l’égard de l’enfance et la famille au XVIIIe siècle. Les historiens définissent généralement cette période comme une de déploiement de l’affection parentale et de la sentimentalité à l’égard des enfants. Dans un tel paradigme culturel, « l’ouverture » du corps d’un enfant dans le but d’une investigation anatomique apparaîtrait comme incongrue. En revanche, le consensus de violer l’intégrité du corps de son propre enfant doit être interprété comme le résultat d’un sentiment plus nuancé des parents à cet égard. La souffrance émotionnelle liée à la perte du propre enfant pourrait avoir suggéré à certains parents d’en demander l’ouverture du corps afin de trouver une réponse à sa mort. La recherche de cette réponse pourrait avoir participé au processus de deuil. Bien qu’il n’y ait aucun doute que les discussions sur les corps d’adultes dominaient les discours dans la littérature produite par les médecins et chirurgiens de l’époque, il est aussi évident que les corps des enfants occupaient une place importante dans le monde de l’anatomie du XVIIIe siècle. Étant donnée le taux élevé de mortalité infantile à cette époque, il n’y avait pas de difficulté à pratiquer la dissection sur les enfants. Malgré le nombre significatif d’observations médicales publiées dans des journaux médicaux au cours du XVIIIe siècle qui attestent la dissection de corps d’enfants, peu d’historiens ont discuté le rôle que cette pratique a joué dans la connaissance de l’anatomie humaine pendant cette époque. C’est précisément cette question qui est donc le sujet de mon papier.

**Lack of Access in French to Mental Health Care in Ontario:
Turning the Matter Into a National Issue, 1970-2000 (Panel E2)**

Mathieu Arsenault (York University)

The Ontario government has long relied on the idea that in terms of health services, the language in which patients are treated is of little significance. But during the 1970s, this position was challenged by the activism of the Franco-Ontarian community. In 1976, the *No Problem* report on French-language health services drew attention to the assimilation experienced by Francophone patients in hospitals ; a reality which particularly affects children suffering from mental health problems. With the election of Parti Québécois in Quebec the same year, the situation of the Francophone minority in Ontario was brought into the public sphere. While Franco-Ontarians believed that the political momentum favoured their claims, the government remained cautious as it feared a backlash from the English-speaking community. It was in this context that access to decent mental health care for the young Francophones of the province became a catalyst in the political discourse. In the 1980s, the treatment of young Franco-Ontarians in Rouyn-Noranda and Montreal, far removed from their families, became a powerful symbol of the inaction and carelessness of the Ontario government. The opposition at Queen's Park even presented these children as a manifestation of Ontario's failure to fulfill the ideals promoted by Confederation. In the Ottawa region, the shortage of French psychiatric services led several Francophones to write letters to the Minister of Health. Some complained about the inadequacy of services and highlighted how it seriously affected their children. While others did not hesitate to request a transfer to a Quebec institution where they could receive treatment in their language. Despite the small steps taken to develop French mental health care in the province, the announced closure of Montfort Hospital by Mike Harris's government in 1997 appeared as a major step backward. As the Franco-Ontarian community mobilized, interventions in the Legislative Assembly and citizen's letters to the Prime Minister successfully turned the matter into a national issue. While the Franco-Ontarian minority claimed the same privileges as Anglophones in Quebec, others feared that the closure of Montfort would give arguments to the Quebec separatist movement and could jeopardize Canadian unity.

**Revendiquer des soins de santé mentale français en Ontario :
transformer un problème en un enjeu national, 1970-2000 (Panel E2)**

Mathieu Arsenault (York University)

Longtemps, l'État ontarien a fondé son action sur le principe qu'en matière de santé, la langue dans laquelle les patients sont soignés importe peu. Dans les années 1970, cette attitude est remise en cause grâce au militantisme de la communauté franco-ontarienne. En 1976, le dépôt du rapport *Pas de problème* sur les services de santé en français attire l'attention sur l'assimilation que vivent les francophones hospitalisés ; une réalité qui touche particulièrement les jeunes souffrant de troubles de santé mentale. Avec l'élection du parti québécois à Québec la même année, la situation des communautés francophones en milieu minoritaire fait l'objet de discussions dans l'espace public. Si du côté franco-ontarien on croit que la conjoncture politique favorise le dossier des droits des francophones, le gouvernement appréhende un ressac de la communauté anglophone, ce qui l'amène à agir prudemment. Dès lors, la question de l'accès aux soins de santé mentale pour la jeunesse francophone s'impose comme un catalyseur du discours politique. Dans les années 1980, le traitement de jeunes Franco-Ontariens à Rouyn-Noranda et à Montréal devient un puissant symbole de l'inaction et de l'incurie du gouvernement ontarien. L'opposition à Queen's Park y voit une preuve de l'échec de l'État à répondre à l'idéal promu par la Confédération. La pénurie de services psychiatriques en français amène plusieurs francophones de la région d'Ottawa à écrire au ministre de la Santé. Si certains se plaignent de l'insuffisance des services en français et en soulignent les graves conséquences pour leurs enfants, d'autres n'hésitent pas à revendiquer des soins au Québec. Enfin, l'annonce de la fermeture de l'hôpital Montfort en 1997 engendre une grave crise au sein de la communauté franco-ontarienne qui craint un retour en arrière. Les lettres de citoyens adressés au premier ministre et le discours de la classe politique transforment la question des soins de santé mentale en français en un enjeu national. Alors que la minorité franco-ontarienne revendique les mêmes privilèges que les anglophones du Québec, d'autres craignent que la fermeture de Montfort permette aux souverainistes de marquer des points dans le débat sur l'avenir du Québec au sein de la fédération canadienne.

Measles, midwives and mothers in Canada: Changing attitudes to vaccination, 1960s-1990s (Panel E2)
Heather MacDougall (University of Waterloo), Laurence Monnais (Université de Montréal)

Today vaccine hesitancy (VH) is considered an important issue when it comes to vaccination compliance and vaccine uptake in Canada, North America, and elsewhere in the world. VH is often described as an attitude found primarily among well-educated upper middle class white women and their partners and is related to a loss of trust by mothers in the value of immunization since the publication of British doctor Andrew Wakefield's paper in *The Lancet* in 1998 (retracted in 2010) linking the MMR (measles, mumps, rubella) vaccine and autism in children. Focusing on the history of measles and MMR vaccination in Canada from the 1960s-1990s, the purpose of this presentation is twofold. First, we intend to examine specific historical determinants such as the impact of medicare on immunization services at the time of second-wave feminism, changing parenting practices, and the increasing use of alternative therapies (CAM) and midwives to demonstrate the emergence and analyze the development of VH among Canadian women and mothers prior to the 1998 Wakefield article. Our second aim is to compare the nature and the impact of these determinants in four different Canadian provinces (BC, Ontario, Quebec and Nova Scotia) to better understand why and how specific groups of women/mothers demonstrated their support or ambivalence regarding immunization over time and place thus making the origins of current forms of VH and the ways that they have unfolded more complex and historically contingent. Popular sources such as newspaper and magazine articles, editorials and letters to the editor and CAM literature as well as contemporary child rearing manuals from the four provinces will be compared to correspondence with health units, provincial health ministries, scholarly articles and official reports to demonstrate the contrasting expectations of women and mothers and their medical advisors and public health experts from the 1960s to the 1990s.

Rougeole, mères et sages-femmes : Perspectives comparées sur l'évolution des regards portés sur la vaccination au Canada, 1960-1990 (Panel E2)

Heather MacDougall (University of Waterloo), Laurence Monnais (Université de Montréal)

Aujourd'hui, *l'hésitation à la vaccination* (HV) est vue comme un problème jouant non seulement sur l'adhésion du public à l'importance de l'immunisation mais également sur les taux de couverture vaccinale, au Canada, sur le continent américain et ailleurs dans le monde. On décrit souvent le phénomène comme relevant d'attitudes individuelles, celles de femmes d'abord blanches, issues des classes moyennes supérieures et éduquées (et de leurs conjoints); celles-ci seraient ancrées dans une perte de confiance en la valeur de la vaccination née de la publication par le médecin britannique Andrew Wakefield d'un article dans *The Lancet* en 1998 (rétracté depuis, par le journal lui-même, en 2010) faisant un lien entre le vaccin RRO— pour rougeole, rubéole et oreillons—et l'autisme chez les enfants. En se concentrant sur l'histoire de la rougeole et de la vaccination RRO au Canada des années 1960 aux années 1990, c'est-à-dire avant « l'affaire Wakefield », notre présentation a deux objectifs principaux. En premier lieu, nous nous proposons d'analyser les déterminants historiques qui ont pu jouer sur l'évolution des repères parentaux et féminins en matière de vaccination et d'immunisation, qu'il s'agisse de l'implantation de programmes de santé universels, du féminisme de la seconde vague, de l'évolution des pratiques de parentalité ou encore de l'usage croissant des médecines alternatives et complémentaires (MAC) et du recours aux sages-femmes, afin de mieux saisir l'historicité du phénomène d'HV. En second lieu, il s'agit pour nous de mettre en relief la nature localisée de ces déterminants et d'analyser leur impact différencié dans quatre provinces canadiennes (BC, Ontario, Québec, NE) et ainsi de mieux comprendre pourquoi, et dans quelles circonstances, certains groupes de femmes/mères ont soutenu, ou à l'inverse remis en cause, la vaccination pour non seulement établir l'historicité du phénomène d'HV mais également pour en montrer la variabilité dans le temps et dans l'espace. Pour mener à bien ces objectifs et appréhender avec finesse la rencontre complexe entre les attentes des experts en santé et des mères canadiennes, nous procéderons au croisement d'une variété de sources, allant de sources populaires telles les articles, éditoriaux, lettres à l'éditeur de plusieurs quotidiens et magazines (dont féminins), la littérature MAC, aux manuels pour « bien élever » ses enfants en passant par les archives ministérielles et provinciales traitant du fonctionnement des services de santé dont de vaccination, sans oublier la littérature médicale et scientifique et divers rapports de santé publique.

Practicing Medicine in the Context of the European Witch Hunts (Panel E3)

Yvonne Petry (University of Regina)

In their recent book *Age of Discovery: Navigating the Risks and Rewards of our New Renaissance* (2016), authors Chris Kutarna and Ian Goldin argue that we are living in an era of Renaissance, complete with the achievements, ambiguities, fear and uncertainty that characterize any period of rapid change. This paper will examine the ways in which early modern medical practitioners attempted to make sense of the world around them during an era of drastic violence and confusion, the era of the witch hunts. In their efforts to understand, diagnose and treat the ailments of their patients, they were faced with some of the most profound intellectual questions of their era. The late sixteenth and early seventeenth century witnessed the beginnings of a transition from an organic, magical understanding of the universe to a more mechanical and materialist one. The causes of illness and disease were elusive and many physicians and surgeons openly acknowledged the limitations of their knowledge. Furthermore, they were working during a period when belief in the power of the devil and demons to interfere with human activity was at its peak. It was commonly believed that witchcraft could be used to cause illness and that demons could invade the human body. So while their medical training inclined physicians to assume that most diseases had natural causes, they were also men of their era who accepted preternatural causation as a possibility. Working within the cultural context of the witch hunts, physicians were forced to make everyday decisions about whether particular presentations of sudden illness or unusual symptoms might have been caused by magical or demonic means. As such, physicians were truly at the front line of debates about the role of the preternatural in human affairs and as such, played a critical role in the transition from a magical to a scientific mode of thought.

Pratiquer la médecine dans le contexte de la chasse aux sorcières en Europe (Panel E3)

Yvonne Petry (University of Regina)

Dans leur livre récent, *Age of Discovery: Navigating the Risks and Rewards of our New Renaissance* (2016), auteurs Chris Kutarna and Ian Goldin suggèrent que nous habitons dans un nouveau ère de Renaissance, plein de tous les achèvements, ambigüités, peurs, et inquiétudes qui se montrent pendant des périodes du changement rapide. Cette présentation discute les façons duquel des médecins du seizième siècle se débrouillaient dans le contexte du violence et chaos de la chasse aux sorcières. Au cours de leurs efforts à comprendre, diagnostiquer, et guérir leurs patients, ils confrontaient des plus profonds dilemmes du siècle. Pendant cette époque, on voit la transmutation d'une vue du monde magique envers une qui commence à être plus mécanique. Les causes des maladies s'échappent des médecins et des chirurgiens et ils se reconnaissent les limites de leur connaissance. En plus, ils travaillaient à un moment où la croyance dans la capacité du diable and des démons à se mélanger dans les affaires humains répandait partout. Presque tout le monde pensait que la sorcellerie pourrait être utilisé pour faire tomber malade quelqu'un ou pour faire envahir un corps humain par un démon. Tandis que par leur éducation et leur entraînement des médecins s'inclinaient à croire que la plupart des maladies avait des causes naturelles, ils acceptaient aussi la possibilité de la causalité préternaturelle. Dans le contexte de la chasse aux sorcières, des médecins étaient obligés à prendre des décisions concernant les origines des maladies surprenants ou des symptômes bizarres. En tant que tel, les médecins étaient véritablement sur la ligne de front des débats au sujet de la participation des êtres préternaturels dans les affaires humaines et donc, ils se jouaient un rôle important dans la transition d'une vue du monde magique à une vue qui deviendraient éventuellement plus scientifique.

Plague by Proxy: Class and the Lingering Memory of Plague in Eighteenth-Century Britain (Panel E3)
Kevin Siena (Trent University)

It was axiomatic by the early seventeenth century that plague gestated among the poor. Doctors hoping to explain devastating mortality rates in poor parishes developed a theory about the plebeian constitution. Fed by a bad diet and living in filth, the poor were said to be nourished by blood that was inherently putrid, a quality that rendered their bodies predisposed to generate and spread plague or related fevers. This idea would last two centuries, notwithstanding the succession of new anatomical models that appeared throughout the scientific revolution and enlightenment. This paper will explore how the fear of plague lingered to frame public health debates throughout the 150 years following England's last domestic epidemic in 1666 and how this legacy helped sustain belief in a physiology of class. It will chart a series of focusing moments when anxieties about epidemics flared to demonstrate how discussions of plebeian putridity permeated debates both in medical treatises and the popular press. These include the Marseilles plague scare of the 1720s, the outbreak of so-called Jail Fever at the Old Bailey in 1750 and debates about prison reform in the age of John Howard. In each case, and just as in the case of early modern plague, medical theory powerfully buttressed calls to police or segregate the poor. The talk concludes with an analysis of John Howard's *Account of the Principal Lazarettos in Europe* (1791), the lesser-studied follow-up to his seminal work on prisons. In particular, Howard's interrogation of physicians at continental lazarettos reveals how central worries about the plebeian body remained at the close of the eighteenth century. Moreover, we can chart direct influence of this text on local measures, whether institutional innovations at prisons and workhouses, or advice for practical day-to-day living. Thus, long before the well-known activities of Chadwick and the sanitarians one can already see class embodied by way of medical theory and public health initiatives focusing squarely on the urban poor. These features offer some of the most powerful legacies bequeathed by early modern plague to the modern world.

Le Fantôme de la Peste :

La classe et la mémoire persistante de la peste dans la Grande-Bretagne du XVIIIe siècle (Panel E3)
Kevin Siena (Trent University)

Il était axiomatique au début du XVIIe siècle que la peste se développait parmi les pauvres. Les médecins, espérant expliquer les taux de mortalité dévastateurs dans les quartiers pauvres, ont développé une théorie sur la constitution plébéienne. Alimentés par piètre alimentation et vivant dans la saleté, on disait que le sang des pauvres était intrinsèquement putride, une qualité qui rendait leur corps prédisposé à générer et à répandre la peste ou des fièvres connexes. Cette idée durera deux siècles, malgré la succession de nouveaux modèles anatomiques apparus pendant de la Révolution scientifique et le siècle des Lumières.

Cette communication explorera comment la peur de la peste perdura et modula les débats de santé publique pendant les 150 années suivant la dernière épidémie anglaise en 1666 et comment cet héritage aida à soutenir la croyance dans une physiologie de classe. Elle retracera une série de moments où les inquiétudes au sujet des épidémies s'allument pour démontrer comment les discussions sur la putridité plébéienne colorèrent les débats tant dans les traités médicaux que dans la presse populaire. Il s'agit notamment de la panique sur la peste de Marseille des années 1720, du déclenchement de la fièvre de la prison au tribunal "Old Bailey" en 1750, et des débats sur la réforme pénitentiaire à l'époque de John Howard. Dans chaque cas, et tout comme dans le cas de la peste moderne précoce, la théorie médicale appuie puissamment les appels à surveiller ou isoler des pauvres. La discussion se terminera par une analyse du traité sur les lazarets européens de John Howard (*Account of the Principal Lazarettos in Europe*, 1791), la suite moins connue de son travail fondamental sur les prisons. En particulier, le regard que Howard pose sur les médecins qui oeuvrent dans les lazarets du continent révèle que les inquiétudes sur le corps plébéien demeurent influentes à la fin du XVIIIe siècle. En outre, nous pouvons détecter l'impact de ce texte sur les mesures locales, qu'il s'agisse d'innovations institutionnelles dans les prisons et les maisons de travail ou de conseils pratiques pour la vie quotidienne. Ainsi, longtemps avant les activités bien connues de Chadwick et les réformes sanitaires victoriennes, on peut déjà voir la classe incarnée par la théorie médicale et les initiatives de santé publique se concentrant carrément sur les pauvres urbains. Ces caractéristiques offrent certains des legs les plus puissants laissés par la peste, de la Renaissance jusqu'à l'époque moderne.

**Road Warriors or “Healthy Cheerful Girls”:
Canadian and Newfoundland Women Driving Ambulances in the Great War (Panel E3)**

Linda Quiney (University of British Columbia)

Early in 1916, Britain’s War Office made the exceptional decision to experiment with female Voluntary Aid Detachment (VAD) ambulance drivers, initially replacing their male drivers in two of the British Red Cross Society (BRCS) ambulance convoys in France. This was not an enlightened awakening regarding women’s contribution to the war effort, but an expedient means of releasing more able-bodied men for active duty. The precedent for this decision was the women of the First Aid Nursing Yeomanry (FANY) in France, driving ambulances since 1915. Regardless, the decision to formally recruit women for the military in a non-nursing support role was not without controversy. Putting women in control of a vehicle that was gendered male, and inserting them into an environment fraught with physical risk was a difficult policy to justify in 1916. Although nurses had been riding with the wounded in ambulances long before the issue of women drivers arose, it was necessary to convince Canadians at home that driving an ambulance would in no way corrupt the respectable young women who were selected to take on this role. To this end, propagandists and journalists were encouraged to regularize the image of women behind the wheel as no less unconventional than the work of the military and VAD nurses. During a time of extreme crisis, women’s uncommon role as ambulance drivers further disrupted the normative balance of social organization already coping with an exceptional prominence of women in the workplace, both military and civilian. Employing the written and narrative evidence of the drivers themselves, and the published propaganda of journalists, and publicists for the Red Cross, this paper will examine how the imperial military medical authorities justified and romanticized the work of the women drivers, endeavouring to prevail against traditional dictates that regarded the car as a masculine machine, and women drivers as socially deviant. It will demonstrate how the women drivers were able to endure the criticism and suspicion that followed their travels along the war-ravaged roads of France, and demonstrate their mastery of man’s new mechanical wonder of the twentieth century.

**Guerrières de la route ou « joyeuses jeunes femmes en santé » :
les ambulancières du Canada et de Terre-Neuve pendant la Grande Guerre (Panel E3)**

Linda Quiney (University of British Columbia)

Au début de 1916, le War Office britannique prit la décision exceptionnelle de faire l’essai de femmes dans son Détachement d’aide volontaire (D.A.V.) pour conduire des ambulances, remplaçant ainsi les hommes sur deux convois de la Croix-Rouge britannique en France. Ce n’était nullement un éveil éclairé face au rôle des femmes dans l’effort de guerre mais plutôt un moyen efficace de libérer plus d’hommes valides pour le service actif. Il existait un précédent puisqu’en France, les femmes de la First Aid Nursing Yeomanry (FANY) conduisaient des ambulances depuis 1915. Cette décision de recruter officiellement des femmes pour le service militaire dans un rôle de soutien autre que celui des soins infirmiers ne s’est toutefois pas fait sans controverse. Installer des femmes au volant de véhicules qui avaient, jusque-là, été l’apanage des hommes, et les placer dans un environnement comportant des risques physiques, était une politique difficile à justifier en 1916. Même si les infirmières étaient transportées en ambulances avec les blessés longtemps avant que la question de la présence de conductrices ne fasse son apparition, il était nécessaire de convaincre les Canadiens restés au pays que le fait de conduire une ambulance ne corromprait aucunement les jeunes femmes respectables choisies pour occuper ce rôle. À cette fin, l’on encouragea les propagandistes et les journalistes à régulariser l’image de femmes au volant comme aussi conventionnelle que le travail des infirmières dans l’armée ou le Détachement d’aide volontaire. En cette période d’extrême crise, le rôle inhabituel des femmes comme conductrices d’ambulances a d’autant plus perturbé l’équilibre normatif de l’organisation sociale qui peinait déjà à accepter la prédominance des femmes au travail, tant du côté militaire que civil. Utilisant des exposés narratifs et écrits par les conductrices elles-mêmes et la propagande publiée de journalistes et de publicistes de la Croix-Rouge, le présent article examinera comment les autorités médicales militaires impériales ont justifié et idéalisé le travail des conductrices, tentant d’anéantir les diktats traditionnels voulant que l’automobile soit l’apanage du sexe masculin et que les conductrices soient des déviantes sociales. Il démontrera que ces conductrices réussirent à surmonter la critique et la méfiance entourant leurs trajets le long des routes de France dévastées par la guerre, tout en faisant la preuve de leur maîtrise de cette nouvelle merveille mécanique du vingtième siècle.

Ontario's Public Health Imaginary, 1882-1885 (Panel F1)

Kenton Kroker (York University)

Canada's first permanent Provincial Board of Health appeared in Ontario immediately following passage of that province's *Public Health Act* of 1882. But for generations, public health historians have not taken this date particularly seriously. The more attractive point of origin has been 1885, by which time the Board, with newly-granted powers of compulsion, could make dramatic and controversial interventions to prevent Quebec's smallpox epidemic from invading Ontario. This readjusted point of origin allows for bacteriology's stunning advances during this same decade to be invoked as cause: Ontario's public health expanded because its advocates adopted bacteriological principles and spread their laboratory-based theories and practices among rank-and-file physicians. Thus, the Canadian public ultimately adapted to bacteriology as a scientific arbiter of state power. More recent historical research has of course heavily qualified this bacteriological nexus of state and science, exposing it as rhetorical, irrational, and even racist. Yet even these revisionist accounts continue to maintain an emphasis on a question regarding the “social imaginary”; namely, what sorts of experts and what sorts of publics did public health advocates imagine their efforts were invoking? Recently-discovered archival documents provide an unequivocal answer. (They also help avoid the presentist mistake of explaining historical developments with contemporary scientific fact.) As it turns out, maps were the first and most important means by which Ontario's public health advocates tried to knit together science and (settler) society. In itself, mapping was perhaps the most mundane of public health activities by the 1880s. But the frequency, volume, and orientation of the maps printed by the Provincial Board—roughly 500 copies of their large, four-colour disease maps were printed and distributed every week for nearly 3 years—make this initiative unique in the annals of public health. Designed to circulate simultaneously in expert and lay circles, these maps combined weather-watching, local disease lore and bacteriological theory to quite literally invent a public whose health needed defending. While their production was short-lived, their curious visual, rhetorical, and scientific structure explains how Ontario put the “public” into public health.

Imaginer le « public » : les cartes et les origines de la santé publique en Ontario, 1882-1885 (Panel F1)

Kenton Kroker (York University)

Au Canada, le premier Conseil de santé provincial permanent a vu le jour en Ontario immédiatement après l'adoption du *Public Health Act* en 1882. Cette date n'a pourtant jamais vraiment attiré l'attention des historiens de la santé publique. C'est plutôt l'octroi de nouveaux pouvoirs en 1885, permettant au Conseil de prendre des mesures drastiques et controversées afin d'empêcher l'épidémie de variole du Québec d'envahir l'Ontario, qui figure comme évènement fondateur. Le Conseil apparaît alors comme le résultat des avancées stupéfiantes de la bactériologie pendant cette décennie : la santé publique ontarienne s'est développée grâce à l'adoption de principes bactériologiques et à la diffusion des théories et des pratiques développées en laboratoire auprès des médecins. Ainsi, la population canadienne vint à accepter la bactériologie comme un outil scientifique du pouvoir de l'État. Des recherches historiques plus récentes ont fortement critiqué cette connexion entre la science bactériologique et l'État pour son aspect rhétorique, irrationnel, voire raciste. Pourtant, ces nouvelles interprétations continuent de poser la question de « l'imaginaire social » ; à savoir quels experts et quels publics les promoteurs de la santé publique invoquent-ils ? De nouveaux documents d'archives permettent de fournir une réponse sans équivoque : dans les années 1880, les cartes ont été le principal moyen utilisé par les promoteurs de la santé publique afin de tisser des liens entre la science et la société (coloniale) ontarienne. En soi, la cartographie est un outil de santé publique des plus banale, mais le volume de production et la fréquence de publication par le Conseil provincial—quelque 500 grandes cartes couleurs représentant différentes maladies sont publiées chaque semaine pendant trois ans—font de cette entreprise un fait unique dans l'histoire de la santé publique. Circulant à l'intérieur comme en dehors des cercles d'experts, ces cartes combinent des observations météorologiques et la présence de maladies locales avec la théorie bactériologique afin d'inventer un public dont la santé doit être protégée. Bien que leur production ait été de courte durée, le curieux cadre visuel, rhétorique et scientifique de ces cartes explique comment la santé est devenue « publique » en Ontario.

First in the Field: Picturing Georgina Fane Pope's South African War (Panel F1)

Andrea McKenzie (York University)

Canadian military nurse Georgina Fane Pope is remembered for a number of “firsts”: the first nurse to be accepted to go to the South African War in 1899; the first matron of Canada's military nurses; the first Canadian to be awarded the Royal Red Cross. She was integral to the organization of Canadian military nurses, a true pioneer in her field. Pope left few private records about her experiences in the South African War: the few reports and articles she wrote were for public audiences. Pope did, however, leave a photograph album about her experiences in this war, a private record of commemoration that could be publicly shared. The South African War (1899-1902) was the first international conflict in which Canadian military nurses served. It was also one of the first conflicts to be recorded by amateur photographers. Much attention has been paid to professional photographs of war, but little has been paid to amateur photographers who created visual war stories (Struk; Higonnet; McKenzie). Pope's South African album is significant because her visual narrative was one of the first to be created by a military nurse on active service. She also created it at a time of transition, before nursing had been fully accepted as a profession and when the respectability of nurses was still questioned. What narrative did Pope create about nurses' experiences in the South African War? How did she perceive and legitimate the role of the first Canadian military nurses to work overseas? This paper explores Pope's visual narrative, concluding that she deftly maintained a balance between emphasizing nurses' work as essential and maintaining deference for male authority. The nurses in her photographs successfully heal men's bodies, but remain pristinely genteel and respectable. Georgina Fane Pope was one of the first women to be able to record her experience as an active war worker through the medium of photography. Her visual narrative, therefore, is significant as a forerunner of how pioneering military nurses legitimated their profession and their presence to those at home.

Les pionniers : la guerre d'Afrique du Sud vue par Georgina Fane Pope (Panel F1)

Andrea McKenzie (York University)

Georgina Fane Pope s'est distinguée à maintes reprises comme pionnière dans sa carrière d'infirmière militaire canadienne. Elle a été la première infirmière nommée pour servir pendant la guerre d'Afrique du Sud en 1899, la première infirmière en chef des infirmières militaires et la première infirmière militaire canadienne à recevoir la Médaille de la Croix-Rouge royale. Elle a été un élément clé de l'organisation des infirmières militaires canadiennes. Georgina Fane Pope a laissé peu de documents privés sur ses expériences durant la guerre d'Afrique du Sud : les quelques rapports et articles qu'elle a rédigés étaient destinés au grand public. Elle a cependant laissé un album de photos sur ses expériences pendant cette guerre, un document de commémoration privé qui pourrait être partagé publiquement. La guerre d'Afrique du Sud (1899-1902) a été le premier conflit international durant lequel des infirmières militaires canadiennes ont servi. C'est aussi l'un des premiers conflits à avoir été couvert par des photographes amateurs. On a porté beaucoup d'attention aux photographes de guerre professionnels mais on a peu parlé des photographes amateurs qui ont créé des récits visuels de la guerre (Struk, Higonnet, McKenzie). L'album africain de Georgina Fane Pope est important car il constitue l'un des premiers récits visuels à avoir été créé par une infirmière militaire en service actif. De plus, elle l'a créé au cours d'une période de transition, période durant laquelle la profession d'infirmière n'était pas encore totalement acceptée en tant que profession et où la respectabilité des infirmières était encore contestée. De quelle façon Georgina Fane Pope a-t-elle raconté les expériences des infirmières pendant la guerre d'Afrique du Sud? Comment a-t-elle perçu et légitimé le rôle des premières infirmières militaires canadiennes ayant servi à l'étranger? Ce document se penche sur la narration visuelle de Georgina Fane Pope et montre qu'elle a su trouver un équilibre entre la mise en valeur du travail indispensable accompli par les infirmières et une certaine déférence à l'égard de l'autorité masculine. Les infirmières représentées dans ses photographies soignent le corps des hommes sans jamais perdre leur caractère distingué et respectable. Georgina Fane Pope a été l'une des premières femmes à pouvoir consigner son expérience en tant que travailleuse de guerre active par le biais de la photographie. Sa narration visuelle est donc importante car c'est celle d'un précurseur dans la façon de montrer comment des infirmières militaires pionnières ont légitimé leur profession et leur présence auprès de ceux et celles restés au pays.

Health Exhibitions, National Hygiene and Eugenics in 1930s China (Panel F1)

Mirela Violeta David (University of Saskatchewan)

This paper examines the Health exhibition of the 15th Health Campaign in Shanghai in 1936. I analyze the colonial authorities' reticent involvement as well as the larger New Life Movement Organization in charge of this campaign "to protect the health of its citizens." I pay attention to the propaganda means used such as literary or verbal as well as the locations targeted: teashops, restaurants, and hotels. The scope of this campaign was all-encompassing incorporating all fields of every day practice and public spaces. I frame this campaign within the larger commitment of the Nationalist government to national hygiene, while also acknowledging that this commitment was framed within the dialectical move between personal hygiene and national hygiene goals. I also inquire into the ideological matrix of the New Life Movement, in particular the emphasis on hygienic projects and its intersections with eugenics. Through the implementation of public inspections and the policing of personal hygiene habits, the New Life Movement could certainly be seen as a form of what Foucault calls "authoritative biopolitics," in which the boundaries of what constitutes privacy become less and less visible. The display of diseased people and organs at the hygiene exhibition suggests the parading of life itself in all of its diseased manifestations, and in so doing dehumanizing the very subjects they sought to display as a social warning. Since pregnant women and children were of particular concern of the Nationalist state for safeguarding the future health of the nation, the exhibition targeted them. Thus the procreative role of women was a main feature of the Shanghai Health Exhibition. The display concerning "pregnancy hygiene" went beyond pictures, to also feature "models" of female reproductive organs including "the uterus" in various stages, such as "an impregnated uterus," and fetuses in various gestational stages and shapes, such as "abnormal fetuses." Because the National Government named the year from August 1935 to July 1936 "The Year of the Children," the campaign was addressed to children and their parents, and aimed to provide women with "maternal hygienic knowledge."

Expositions sur la santé, hygiène nationale et eugénisme dans la Chine des années 1930 (Panel F1)

Mirela Violeta David (University of Saskatchewan)

Cette présentation s'intéresse à l'Exposition sur la santé de la 15^{ème} Campagne pour la santé à Shanghai en 1936. J'analyse l'implication réticente des autorités coloniales, ainsi que l'organisation du Mouvement de la vie nouvelle qui s'occupait de cette campagne « pour protéger la santé de ses citoyens ». Je m'intéresse à la propagande littéraire ou verbale, ainsi que les lieux faisant l'objet d'une attention tout particulière : salons de thé, restaurants et hôtels. Cette campagne se voulait totale, englobant tous les domaines de la vie quotidienne et les espaces publics. J'analyse cette campagne comme faisant partie d'un engagement plus important du gouvernement nationaliste pour l'hygiène nationale, tout en reconnaissant que cet engagement faisait partie du mouvement dialectique entre l'hygiène personnelle et les objectifs d'hygiène nationaux. Par ailleurs, j'interroge la matrice idéologique du Mouvement de la vie nouvelle, et en particulier l'importance accordée aux projets d'hygiène et ses recoupements avec l'eugénisme. Avec la mise en place d'inspections publiques et la surveillance des pratiques liées à l'hygiène personnelle, le Mouvement de la vie nouvelle peut certainement être vu comme une illustration de ce que Foucault appelle une « biopolitique autoritaire », dans laquelle les frontières séparant la vie privée de la vie publique deviennent de moins en moins visibles. L'étalage de personnes et d'organes malades à l'exposition d'hygiène permet même d'imaginer le défilé de la vie dans toutes ses manifestations malades et en déshumanisant ainsi les mêmes sujets qui devaient servir de mise en garde pour la société. Les femmes enceintes et les enfants, que l'État nationaliste considérait comme étant une source particulièrement préoccupante pour l'avenir de la santé de la nation, étaient une cible de choix pour l'Exposition. Ainsi, le rôle procréateur des femmes était une des caractéristiques principales de l'Exposition de santé de Shanghai. L'affichage concernant « l'hygiène de la grossesse » dépassait le cadre des simples images et comportait également des « modèles » d'organes reproducteurs féminins, dont « l'utérus » à divers stades, comme celui d'« un utérus fécondé », et des fœtus à différents stades et formes de gestation, comme les « fœtus anormaux ». Étant donné que le Gouvernement avait appelé la période entre août 1935 et juillet 1936 « l'Année des enfants », la campagne s'adressait aux enfants et à leurs parents et cherchait à donner aux femmes des « connaissances sur l'hygiène maternelle ».

**A Duty to “Assist and Aid” and “Not Interfere”:
Defining Desirable Doctors and Deliveries in Postwar Canada (Panel F2)**
Whitney Wood (Birkbeck, University of London)

The North American publication of Grantly Dick-Read’s *Childbirth Without Fear* in 1944 brought natural childbirth ideologies to a new audience of Canadian women and men. As these theories became increasingly popular over the decades that followed, a burgeoning natural childbirth movement came to represent the first substantial opposition to the medicalization of childbirth that had been ongoing since the second half of the nineteenth century. At the heart of this loosely-organized movement was women’s desire for active and conscious participation in the birth experience – a desire that bucked the existing trend in Canadian obstetric practice, which, since the interwar period, regularly saw women heavily anaesthetized and unconscious at the moment of delivery. As growing numbers of Canadian women sought a new type of birth experience, expectant mothers and physicians increasingly squared off in Canadian obstetric wards. After 1940, most Canadian women chose, for the first time, to give birth in a hospital setting. This trend, combined with the postwar baby boom, placed unprecedented demands on hospitals and their staff. Believing that the pains of labour were too intense for the “modern” woman to withstand, the majority of Canadian physicians valued expediency and efficiency over the desires of their patients to remain conscious during birth. At the same time, ongoing professional tensions underscored requirements (enforced to varying degrees at various hospitals) that doctors, rather than nurses, be present and in control at the moment of birth. As a result, in postwar obstetric wards throughout Canada, expectant mothers were regularly restrained during labour to prevent pushing and anaesthetized against their will to avoid untimely deliveries beyond the physician’s control. As perceptions of what exactly constituted a “good” delivery continued to shift, growing numbers of women (and men) spoke out about the mistreatment and abuse they encountered in Canadian hospitals. In letters to leading figures in the natural childbirth movement, including Grantly Dick-Read, and reports they offered to the Canadian media and a growing number of natural childbirth organizations, postwar Canadians began to articulate new definitions of both the duties of the doctors who attended them and the ideal birth experience.

Un devoir « d’assister et aider », et de « ne pas interférer » : Définition des pratiques souhaitables en matière d’accouchement dans le Canada d’après-guerre (Panel F2)
Whitney Wood (Birkbeck, University of London)

En 1944, la publication Nord-Américaine « *Accouchement sans peur* » de Grantly Dick-Read exposa les idéologies d’accouchement naturel à une nouvelle audience de femmes et d’hommes Canadiens. Tandis que ces théories devenaient de plus en plus populaires au cours des décennies qui suivirent, l’émergent mouvement pour l’accouchement naturel en vint à représenter la première opposition substantielle à la médicalisation de l’accouchement qui avait cours depuis la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. Au cœur de ce mouvement vaguement organisé, se trouvait la revendication de la part des femmes d’une participation consciente et active à l’expérience de la naissance – un désir à l’encontre des pratiques obstétriques de l’époque, lesquelles, depuis l’entre-guerre, avaient vues les femmes lourdement anesthésiées et inconscientes au moment de la naissance. Tandis qu’un nombre grandissant de Canadiennes sollicitaient un nouveau type d’accouchement, femmes enceintes et médecins s’affrontaient de plus en plus dans les unités d’obstétrique. En 1940, pour la première fois, la plupart des Canadiennes choisissaient d’accoucher à en milieu hospitalier. Cette tendance, combinée au baby-boom de l’après-guerre, plaça des contraintes sans précédentes sur les hôpitaux et leur personnel. Pensant que les douleurs du travail étaient trop importantes pour être tolérées par la femme « moderne », la majorité des médecins Canadiens privilégièrent rapidité et efficacité aux dépens du désir de leurs patientes de rester conscientes durant l’accouchement. Au même moment, des tensions professionnelles mirent à mal l’obligation (appliquée à des degrés variables selon les hôpitaux) qu’un médecin, plutôt qu’une infirmière, soit présent durant le travail et en charge au moment de l’expulsion. De fait, dans les services d’obstétriques de l’après-guerre à travers le Canada, les femmes enceintes étaient régulièrement attachées à leur lit d’hôpital durant le travail pour éviter la poussée et anesthésiées contre leur gré pour éviter les naissances hors du contrôle d’un médecin. Alors que les perceptions de ce qui constituait un « bel accouchement » continuaient d’évoluer, un nombre croissant de femmes (et d’hommes) prirent la parole pour dénoncer la maltraitance et les abus qu’elles avaient subis dans des hôpitaux Canadiens. Dans des courriers adressés aux figures de tête du mouvement pour l’accouchement naturel, à Grantly Dick-Read notamment, et dans des entretiens accordés aux média Canadiens ainsi qu’à un nombre croissant d’organisations pour l’accouchement naturel, les Canadiennes de l’après-guerre commencèrent à articuler de nouvelles définitions, à la fois des devoirs des médecins qui les assistaient et pour de l’expérience de la naissance idéale.

“Get the disabled to come out of their closets”: Origins and First Decade of the Disability Rights Movement in Thunder Bay, 1949-1979 (Panel F2)

Ulysses Patola (University of Manitoba)

The 1970s was a pivotal time period for the disability rights movement in Thunder Bay and northwestern Ontario as it marked the shift away from charity, institutionalization, and disability social clubs to organized disability activism at the municipal, provincial, and national levels. This does not imply that activism before the 1970s did not take place for there were examples of several piecemeal attempts to change laws and persuade government to allocate funds for projects, but this was never done in any organized fashion. On the other hand, the activism of the early 1970s resulted in the establishment of the Handicapped Action Group Incorporated (HAGI), which became the lynchpin in developing a transit system, (Handi-Transit) accessible housing (Castlegreen), and legislation (sport/recreation, employment, bylaws) to aid the disabled in Thunder Bay. In addition, it must be noted that many disability activists of the 1970s were young people and they spearheaded the growth of disability rights in the city; indeed some of these young people included David Kovisto, Terry Bellavance, Ron Ross, and Susan Ward. These young people built relationships locally, provincially and nationally as they organized in several different areas and provided a framework for HAGI and the disability rights movement to move into the 1980s and beyond. Although the disability rights movement achieved successes in regards to housing and transit, there were many problems that plagued the group including lack of funding. However, these young people did the best they could through government grants, service group donations, and fundraising to bridge the gap. Finally, an examination of the Thunder Bay disability rights movement in the 1970s is an excellent window into the analysis of such identity categories as gender, class, and race.

« Get the disabled to come out of their closets » : Les origines et les premiers dix ans du mouvement de la défense des droits des personnes handicapées à Thunder Bay, 1949-1979 (Panel F2)

Ulysses Patola (University of Manitoba)

Les années 1970 furent une période essentielle pour le mouvement de la défense des droits des personnes handicapées à Thunder Bay et dans le nord de l'Ontario. Cette période marqua un éloignement de la charité, de l'institutionnalisation et des clubs sociaux pour handicap. Ce fût un mouvement vers l'activisme pour handicapées organisé au niveau municipal, provincial, et national. Ceci ne veut pas dire que l'activisme n'existait pas avant 1970 car il y avait eu plusieurs essais de modifier les lois et de demande pour des fonds du gouvernement mais ce n'avait jamais été fait de façon systématique. L'activisme du début des années 1970 apporta des changements dont l'établissement du Handicapped Action Group Incorporated (HAGI), qui fût essentiel au développement d'un système de transit (Handi-Transit), des logements abordables (Castlegreen), et à l'utilisation du pouvoir législatif (sports/loisirs, emplois, règlements municipaux) pour aider les handicapés de Thunder Bay. De plus, les activistes des années 1970 furent des jeunes adultes qui ont aidé à faire grandir le mouvement dans la ville. En fait, certains de ces jeunes incluent, David Kovisto, Terry Bellavance, Ron Ross, et Susan Ward. Ces jeunes gens avaient créé des relations au niveau municipal, provincial, et national tout en s'organisant dans diverses régions et en produisant l'encadrement pour le HAGI et le mouvement de la défense des droits des handicapées de continuer et de fleurir dans les années à venir. Malgré tout ce que les activistes ont pu accomplir, ils ont aussi fait face à plusieurs problèmes, incluant un manque de fonds. Ils utilisèrent des fonds de bourses du gouvernement, des levées de fonds et des dons au groupe afin de satisfaire la différence. Dernièrement, l'étude du mouvement pour la défense des droits des personnes handicapées de Thunder Bay présente une avenue pour l'étude de questions de genre, classe, race, et ethnicité.

The Past as Present Sense: Historical Memory of Public Health Reform in New Brunswick (Panel F2)

Jane Jenkins (St. Thomas University)

Shortly after its establishment in the late fall of 1918, New Brunswick's innovative Department of Health was personified by its first Minister of Health, Dr. William F. Roberts, the physician who had spear-headed ground-breaking public health reforms in the province. For the next few decades of the twentieth century, Roberts' name remained synonymous with progress and modernity. By mid-century, however, with the province struggling against economic decline, public awareness of Roberts quietly faded. In the 1990s, although Roberts' name was back in the collective memory, this time it was synonymous with the shame and notoriety of allegations that child-residents of the school that bore Roberts' name had been violently abused. This paper analyzes the shifting historical awareness and memorialization of Roberts through the twentieth century, and links the changes or collapse of public historical consciousness of him to shifts in ideals of regional identity, progress, modernity, social reform, and paternalism.

Le passé au sens du présent :

Mémoire historique de la réforme de la santé publique au Nouveau-Brunswick (Panel F2)

Jane Jenkins (St. Thomas University)

Peu après sa création à la fin de l'automne de 1918, le ministère innovant de la Santé du Nouveau Brunswick était incarné par le Dr William F. Roberts, le premier ministre de la Santé, qui avait dirigé les réformes novatrices de la santé publique dans la province. Pour les prochaines décennies du XXe siècle, le nom du Dr Roberts est synonyme de progrès et de modernité. Toutefois, au milieu du siècle, alors que la province connaît un déclin économique, le nom du Dr Roberts s'est effacé doucement de la conscience collective. Dans les années 1990, il est réapparu dans la mémoire collective, évoquant cette fois la honte et la notoriété des allégations selon lesquelles les enfants résidant à l'école Roberts avaient été violemment maltraités. Le présent document analyse la conscience historique et la commémoration du Dr Roberts qui ont changées au XXe siècle, et établit une corrélation entre l'évolution ou l'effondrement de la conscience historique publique de cet homme et la transformation des idéaux d'identité régionale, de progrès, de modernité, de réforme sociale et de paternalisme.

The Interwoven History of Mercury Poisoning in Ontario and Japan (Panel F3)

Adam Mosa (Queen's University)

The history of mercury poisoning among indigenous people in Canada is entangled with a mid 1950's industrial incident in Minamata, Japan, where sightings of ataxic cats heralded a bizarre neurological condition. By 1960, Japanese scientists termed the new condition, Minamata disease, deeming it toxicity resulting from organic mercury poisoning. As the environmental catastrophe devolved in Japan, another emerged in Dryden, Ontario. From 1962 to 1970, the Dryden Chemical Company's pulp and paper mill dumped more than 10 tonnes of mercury-laden effluent into the English-Wabigoon river. For the Asubpeechoseewagong/Grassy Narrows First Nation, health problems would persist for more than 50 years and they are still grappling with its impact. Relying on government documents, published and unpublished papers and recent news media coverage, this paper will review the history of Ontario's experience with mercury poisoning and Minamata disease. Marion and Barney Lamm owned a fishing lodge at the confluence of the English and Wabigoon rivers, 150 km downstream of the factory. They employed 75 indigenous people in many roles, including guiding wealthy tourists. When Ontario imposed a program to restrict fish consumption, the Lamms decided to close their profitable business and sue for compensation of lost income. During the ensuing legal battle, Lamm contacted photojournalist Aileen Smith, who was documenting the outbreak in Japan. Smith then contacted Dr. Masazumi Harada, an expert from Japan who agreed to analyze Canadian hair samples and later travelled to Northern Ontario to conduct clinical studies. Harada's investigations revealed that Minamata disease was present, although symptoms were mild: glove-and-stocking neuropathy, balance problems, tremors, and tunnel vision. Mirroring the response seen a decade earlier in Japan, Ontario governmental officials did not recognize a mercury poisoning outbreak. The remediation remains unfinished nearly 50 years after the order to cease mercury dumping. Negotiations for settlements between Dryden Chemicals and the people of Grassy Narrows were never successful, and Canada, unlike Japan, has yet to make an official diagnosis of Minamata disease in Ontario. This story will continue to unfold as recent protests in Toronto demand action to address mercury contamination and its impact on the Grassy Narrows First Nation.

L'histoire entrelacée de l'empoisonnement au mercure en Ontario et au Japon (Panel F3)

Adam Mosa (Queen's University)

L'histoire de l'empoisonnement au mercure chez les membres des Premières Nations au Canada s'entremêle à celle d'un incident industriel survenu au cours des années 1950 à Minamata, au Japon, où des signalements de chats ataxiques se firent annonciateurs d'un état neurologique étrange. En 1960, des scientifiques japonais nommèrent cette condition la maladie de Minamata, qualifiée d'intoxication par le mercure organique. Alors que cette catastrophe environnementale frappait le Japon, une autre survint à Dryden, dans le nord de l'Ontario. De 1962 à 1970, l'usine de pâtes et papiers Dryden Chemical déversa plus de 10 tonnes d'effluents chargés de mercure dans la rivière English-Wabigoon. Depuis ce temps, les membres de la Première Nation d'Asubpeechoseewagong / Grassy Narrows souffrent de problèmes de santé engendrés par ce déversement. En utilisant des documents gouvernementaux, des articles publiés et non publiés et des éléments issus de la couverture médiatique récente, cet article passera en revue l'histoire de l'expérience de l'empoisonnement au mercure et de la maladie de Minamata en Ontario. Marion et Barney Lamm possédaient une maison de pêche au confluent des rivières English and Wabigoon, 150 kilomètres en aval de l'usine. Ils employaient 75 individus membres des communautés autochtones dans divers rôles, y compris comme guides touristiques oeuvrant auprès d'une clientèle fortunée. Lorsque l'Ontario imposa un programme pour restreindre la consommation de poisson, la famille Lamm décida de fermer son entreprise et d'intenter une poursuite afin d'obtenir une compensation pour la perte de revenus subie. Pendant le conflit légal qui suivit, les Lamm contactèrent la photojournaliste Aileen Smith, qui documentait alors l'épidémie au Japon. Smith fit à son tour appel au Dr. Masazumi Harada, un expert japonais, qui accepta d'analyser des échantillons de cheveux de Canadiens, et qui accepta ensuite de visiter le nord de l'Ontario pour y faire des études cliniques. Les études de Dr. Harada révélèrent la présence de la maladie de Minamata, quoiqu'accompagnée de légers symptômes: neuropathie périphérique, problèmes d'équilibre, tremblements et rétrécissement du champ visuel. Reflétant la réponse observée une décennie plutôt au Japon, les représentants du gouvernement de l'Ontario ne reconnurent pas une éclosion d'empoisonnement au mercure. L'assainissement demeure inachevé presque 50 ans après qu'aie été émis l'ordre de cesser le déversement de mercure. Les négociations visant à conclure une entente entre Dryden Chemicals et les peuples de Grassy Narrows n'ont jamais porté fruit, et le Canada, à la différence du Japon, n'a pas encore émis un diagnostic officiel de la maladie de Minamata en Ontario. Cette histoire continuera à se développer, alors que les récentes manifestations à Toronto appellent à l'adoption de mesures pour lutter contre la contamination par le mercure et son impact sur les membres de la Première Nation de Grassy Narrows.

**“A Marvel of Nature and Industry”:
Kitimat and the Global Aluminum Trade (Panel F3)**
Jordan Howell (Harvard University)

At the head of one of many fjords scattered along the northwest coast of British Columbia lies Kitimat, the world’s first “aluminum city.” How does a place become an aluminum city? In the 1950s, the Aluminum Company of Canada (Alcan) constructed the world’s largest aluminum smelter on the territory of the Haisla Nation. Kitimat became a node in Alcan’s global aluminum empire, linking Jamaican bauxite to the Korean War. To power the smelter, Alcan mobilized land and labour, diverting the Nechako River to turn the territory of the Cheslatta Carrier Nation into a hydroelectric reservoir. Alcan hired New York urban planners Clarence Stein, Julian Whittlesey and Albert Mayer to design a town for the workers, which Architectural Forum called the first “completely new, completely modern New Town” in North America. Stein and his close friend, Lewis Mumford, saw in Kitimat – the aluminum city – an alternative modernity that harmonized nature and industry, life and work. However, this image of the aluminum city concealed the colonial past and present. Kitimaat, meaning people of the snow in Tsimshian, is the name of the Indian Reservation of the Haisla Nation. My paper will draw together the histories of Kitimaat, Kitimat, and aluminum to show how the aluminum city was made, and how, through the efforts of the Haisla Nation, it is being decolonized.

**« A Marvel of Nature and Industry » :
Kitimat et le commerce mondial d'aluminium (Panel F3)**
Jordan Howell (Harvard University)

Au bord d’un fjord de la côte nord-ouest de la Colombie-Britannique se trouve Kitimat, la première « ville d’aluminium » au monde. Comment un lieu devient-il une ville d’aluminium? Dans les années 1950, la Compagnie d’aluminium du Canada (Alcan) a construit la plus grande usine d’aluminium au monde sur le territoire de la Nation Haisla. Kitimat devient alors une partie de l’empire planétaire d’aluminium d’Alcan en liant la bauxite de la Jamaïque à la guerre de Corée. Pour alimenter l’usine, Alcan mobilisa la terre et le travail en détournant le fleuve Nechako pour créer un réservoir hydroélectrique sur le territoire de la Nation Cheslatta-Carrier. Alcan embaucha les urbanistes de New York Clarence Stein, Julian Whittlesey et Albert Mayer afin de planifier une ville pour les travailleurs; qu’Architectural Forum appellera la première « complètement nouvelle, complètement moderne Ville nouvelle » d’Amérique du Nord. Stein et son ami proche, Lewis Mumford, imaginèrent que Kitimat – la ville d’aluminium – était représentative d’une modernité alternative harmonisant la nature et l’industrie, la vie et le travail. Cependant, cette conception de la ville d’aluminium cache le passé et le présent coloniaux du Kitimaat. Kitimaat, ce qui veut dire « le peuple de la neige » dans la langue Tsimshian, est le nom de la réserve indienne de la Nation Haisla. Je raconterai les histoires de Kitimaat, Kitimat et de l’aluminium pour montrer comment la ville d’aluminium fut construite et comment, à travers les efforts de la Nation Haisla, elle est en train d’être décolonisée.

From Far and Wide: The Sioux Lookout Project, Local Needs, International Scholars and Indigenous health Research (Panel F3)

Mary-Ellen Kelm (Simon Fraser University)

In February 1969, the Hospital for Sick Children in Toronto and the Faculties of Medicine and Dentistry of the University of Toronto signed a tripartite agreement with Medical Services Branch of the National Department of Health and Welfare to improve health care delivery to status Indians in the remote region of northwestern Ontario known administratively as the Sioux Lookout Zone. A visit by federal Minister of Health, John Munro, to Sault Saint Marie in the fall 1968 prompted local advocates for Indigenous health to demand action to improve health services to that region's over 15,000 Cree and Anishinaabe people. The plan, which emerged in the early days of 1969, gave Medical Services a way to increase health service coverage in the over 100,000 square kilometer region at a reduced cost while pursuing its overall agenda of integrating status Indians into provincial health care institutions. To the University of Toronto and the Hospital for Sick Children, the agreement granted opportunities for training and research in areas of expertise including pediatrics, otolaryngology, ophthalmology and psychiatry. Medical historians Mary Jane McCallum and Maureen Lux have characterized Indigenous health as a field of study that is isolated and kept separate from mainstream medicine. The Sioux Lookout Project brought University of Toronto medical, nursing and dentistry faculty and students from around the world to Indigenous communities in northwestern Ontario. For some, it was a life-changing experience, but they struggled to fit what they were seeing in the "Fourth World" into development paradigms generated from "Third World" experiences. Others found compelling local cases of global health crises, mercury and PCB contamination, for example, to research. This paper will examine the conceptual practices, methods and results of research conducted through the Sioux Lookout Project in the 1970s by asking how, or if, research generated at the intersection of international and local health interests generated new knowledge that met the needs of Indigenous people.

De part et d'autre : Le Projet Sioux Lookout, les besoins locaux, les chercheurs internationaux et la recherche en santé indigène (Panel F3)

Mary-Ellen Kelm (Simon Fraser University)

En février 1969, l'Hôpital pour enfants malades (« Hospital for Sick Children ») de Toronto et les Facultés de médecine et de médecine dentaire de l'Université de Toronto ont signé un accord tripartite avec la Direction générale des services médicaux du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, afin d'améliorer la prestation des soins de santé aux Indiens inscrits dans la région du Nord-Ouest de l'Ontario connue comme la zone Sioux Lookout. La visite du ministre fédéral de la Santé, John Munro, à Sault-Sainte-Marie en automne 1968, incite les défenseurs locaux de la santé indigène à exiger l'amélioration des soins de santé pour les Cris et les Anishinaabe de la région (environ 15 000 habitants). Le plan a permis dès le début de l'année 1969 aux Services médicaux d'augmenter les services de santé assurés dans la région (environ 100 000 km²) à prix réduit, tout en poursuivant leur plan d'intégrer les Indiens inscrits aux établissements de soins de santé provinciaux. Pour l'Université de Toronto et l'Hôpital pour enfants malades, l'accord a créé des opportunités de formation et de recherche dans des domaines spécialisés tels la pédiatrie, l'otolaryngologie, l'ophtalmologie et la psychiatrie. Deux historiennes de la médecine, Mary Jane McCallum and Maureen Lux, ont affirmé que la santé indigène est un domaine d'étude isolé, voire séparé de la médecine courante. Le Projet Sioux Lookout a amené les chercheurs et les étudiants des facultés de médecine, de médecine dentaire et de sciences infirmières de l'Université de Toronto, aux communautés indigènes du Nord-Ouest de l'Ontario. Pour certains c'était une expérience formatrice, toutefois ils ont eu de la difficulté à faire correspondre ce qu'ils voyaient du « Quart monde » avec les paradigmes de développement issus des expériences du « Tiers monde ». Certains ont trouvé des cas locaux de crises de santé globales, la contamination au mercure et au PCB, par exemple, à étudier. Cet article examinera les pratiques conceptuelles, les méthodes et les résultats des recherches accomplies grâce au Projet Sioux Lookout durant les années 1970, en se demandant comment— ou si—la recherche produite au carrefour des intérêts internationaux et locaux en matière de santé ont produit de nouvelles connaissances qui ont rejoint les besoins des peuples indigènes.

The Hudson's Bay Company, the North West Company and the History of Health Care in the Canadian North after WWII (Panel F3)

Kristin Burnett (Lakehead University), Travis Hay (York University)

In 1987, the North West Company's (NWC) purchased the Northern Division of the Hudson's Bay Company (HBC). Using an aggressive strategy of market-share acquisition and building on the foundations laid by the HBC, the NWC expanded and diversified the retailing operations of its "Northern Store" division over the following years and positioned itself as a primary provider of essential services within Indigenous communities across the provincial and territorial north. Significantly, for the purposes of this study, the NWC began opening retail pharmacies in northern locales in the mid-1990s; more recently, the NWC was awarded pharmacy contracts for public access health information hotlines where "tele-pharmacists" provide medication information to northern residents who lack access to brick-and-mortar healthcare facilities. In 2009 AMDocs Inc. merged with the NWC to provide primary physician services in northern and rural First Nations. The provision of these services by the NWC builds on the foundations laid by the HBC where the state regularly relied on the company to provide services in the state's absence. Our paper interrogates these recent retailing operations and provision of health and pharmaceutical services by the NWC as part of a broader history of settler state formation and the making of Canadian healthcare inequality. Building on the work of historian Mary Jane McCallum, we review the multiple meanings and complex histories attached to healthcare provision in regions encoded as Indigenous, northern, remote, and isolated while also placing a particular focus on the way in which tropes of remoteness are recruited by the NWC to construct their profit-making and monopolization of services in northern communities as a benevolent presence in a celebratory rescue narrative.

Traduction non disponible

Making Metabolism a Science of Race (Panel G1)

Elizabeth Neswald (Brock University)

This paper analyses research in the 1920s and 30s into connections between basal metabolism rate and race and on the potential of basal metabolism measurement as a means of ascertaining racial group. In the late nineteenth and early twentieth centuries, most nutritional physiologists and metabolism researchers assumed, like most contemporaries, that human beings from different geographic regions and with different ethnic appearances, the so-called “races”, were fundamentally different in other significant biological ways as well. By the early twentieth century, however, physical anthropology, which described, classified and quantified visible differences, was losing ground as a means to subsume human diversity into clear biological categories. In this situation, the question arose as to whether there might be non-visible markers for human races. Serology and the study of regional variations in blood group frequency was one pre-genetics attempt to classify diversity. This paper proposes that racial metabolism studies were another. It begins with the thesis that racial metabolism studies emerged in a transitional phase in the study of human diversity, between late nineteenth-century physical anthropology, with its typological approaches, and mid-twentieth-century population genetics, which sought to define race or ethnic grouping in terms of gene and allele frequency. It asks how race was conceptualized in these metabolism studies, and how race assumptions affected interpretations of metabolism measurements.

Faire du métabolisme une science de la race (Panel G1)

Elizabeth Neswald (Brock University)

Cette communication analyse les recherches menées dans les années 20 et les années 30 à propos des liens entre le taux métabolique de base et la race ainsi que sur la possibilité de déterminer la race sur la base d'une mesure de celui-ci. Au tournant du 20^{ème} siècle la plupart des chercheurs en physiologie de la nutrition présupposaient, comme leurs contemporains, que les être humains de régions géographiques différentes ayant une apparence ethnique différente, les « races », étaient également fondamentalement différents du point de vue biologique et ce, de manière importante. Toutefois, au début du 20^{ème} siècle l'anthropologie physique, qui décrivait, classifiait et quantifiait les différences visibles, a perdu de son importance comme moyen de subsumer la diversité humaine sous des catégories biologiques distinctes. Cela amena la question de savoir s'il existe des marqueurs non-visibles pour les races humaines. La sérologie ainsi que l'étude des variations régionales quand à la fréquence des groupes sanguins ont constitué une tentative pré-génétique pour classifier la diversité. Cette communication avance que les études de métabolisme racial en sont une autre. Je propose la thèse selon laquelle les études de métabolisme racial ont émergé durant une phase transitoire de l'étude de la diversité humaine, entre l'anthropologie physique de la fin du 19^{ème} siècle et son approche typologique, et la génétique des populations du milieu du 20^{ème} siècle qui tentait de définir la race ou les groupes ethniques selon la fréquence des gènes et des allèles. Cette communication examine la façon dont la race était conceptualisée dans les études du métabolisme ainsi que la manière dont les présuppositions sur la race ont affecté les interprétations des mesures du métabolisme.

The Citizen and the Ward: Community Imagining and Duty to Care for Indigenous Peoples in the Canadian Medical Association Journal (Panel G1)

Lucy Vorobej (University of Waterloo)

The notion “with great power comes great responsibility” may be an oft cited adage but it is nonetheless a useful starting place to further examine the priorities of the medical profession and their relationship to Indigenous peoples in Canada. This paper uses the framework of critical race theory to examine articles in the Canadian Medical Association Journal from its inception in 1911 through to 1970 to assess how physicians conceptualized their duty to care for Indigenous peoples in Canada society. In particular, this paper examines the difference in medical discourse between the indigent citizen and the Indigenous ward to reveal how the concept of duty to the sick patient could be circumscribed when connected with racialized divisions in wider society. Whereas the indigent citizen was included in community conceptions of belonging and duty for both the nation and physicians, Indigenous peoples, as government wards, were not extended the sense of camaraderie called for in Benedict Anderson’s notion of ‘imagined community.’ Instead, this population was offered an identity of dependence. The articles of the CMAJ demonstrate that as the medical profession articulated their duty as physicians to heal the sick, this racialized division informed conclusions about who was worthy of care and why. This critical assessment of the discourse of physicians helps to reveal how, despite physicians’ growing confidence in the capacity of medicine to conquer disease, health disparities between Indigenous people and the wider population persisted. Racialized structures contributed to the removal of Indigenous peoples from physician’s community of patients as physicians interacted with a structure that framed Indigenous peoples as a burden on their person and community. This paper places an awareness of race onto historical contexts, not to judge physicians of another time with anachronistic values, but to measure and examine the influence of racial perspectives on their medical discourse. An analysis of the content of the CMAJ will reveal how, despite allegiance to the presumed objectivity of science, the racialized stereotypes of a colonial society remained present and resulted in a reticence among the medical profession’s leaders to work with Indigenous populations.

Le citoyen et le pupille de l’État : la communauté imaginaire et le devoir de diligence pour les peuples autochtones dans la revue de l’association médicale canadienne (Panel G1)

Lucy Vorobej (University of Waterloo)

L’adage très souvent cité que « avec grand pouvoir vient de grandes responsabilités » demeurent, malgré tout, un endroit propice pour débiter une analyse plus approfondie des priorités des membres de la profession médicale et leurs relations avec les peuples autochtones du Canada. Cette présentation utilise la critical race theory pour encadrer l’analyse d’articles dans le CMAJ de sa création en 1911 jusqu’en 1970 afin d’élucider comment les médecins ont eux-mêmes vus et conceptualisés leur devoir de diligence envers les autochtones au Canada. Plus particulièrement, cette présentation examine la différence dans le discours médical entre le citoyen indigent et l’autochtone sous tutelle de l’État afin de démontrer comment le concept du devoir de diligence envers le malade peut être limité lorsque connecté avec les divisions raciales dans la société au large. Tandis que le patient indigent fût inclus dans la conception de communauté d’appartenance et de devoir pour la nation et les médecins, les autochtones, en tant que membre sous la tutelle du gouvernement, ne recevaient pas l’extension de ce même sens de camaraderie et d’appartenance identifié dans « la collectivité imaginée » de Benedict Anderson. Au lieu, cette population fût offerte une identité de dépendance. Les articles du CMAJ démontrent que cette division selon les lignes de race informa les conclusions quant à qui avait le droit de soins et pourquoi. Cette analyse critique du discours des médecins aide à démontrer comment, malgré la croissance de la confiance des médecins à voir la médecine comme étant capable de conquérir toutes maladies, les disparités de santé entre les peuples autochtones et la population canadienne, largement défini, avait persisté. Les structures raciales contribuèrent à l’extraction des peuples autochtones de la collectivité des patients du médecin puisque les médecins opéraient dans une structure qui encadrait les peuples autochtones comme un fardeau sur leur personne et collectivité. Cette présentation apporte un œil critique sur la race dans un contexte historique, non pour passer jugement sur les médecins d’une autre période avec des valeurs anachroniques, mais pour mesurer et examiner l’influence des perspectives raciales sur leur discours médical. Cette analyse du contenu du CMAJ démontrera comment, malgré l’allégeance à l’objectivité présumé de la science, les stéréotypes raciales d’une société coloniale étaient restés présent, résultant une réticence de travailler avec les peuples autochtones parmi les leaders de la profession médicale.

Making “Aboriginal Diabetes” Genetic: James V. Neel in Vancouver, 1978 (Panel G1)

Travis Hay (York University)

In 1978, the famous American geneticist James V. Neel travelled to Vancouver, British Columbia for the purposes of participating in a conference that was titled “Why Sociobiology?” Three years before the conference, E.O. Wilson had published the very controversion “Sociobiology: The New Synthesis”, which drew the ire of the likes of Stephen Jay Gould and Richard Lewontin. Thus, the conference in general and Neel’s presentation in particular constituted an important moment in the emergence and negotiation of anthropology and the genetic sciences in the second half of the twentieth century. The presentation that Neel gave was itself very controversial: not only did it have eugenic overtones, but it also called for studies that constructed “the Indian” as an object of scientific knowledge. Because Neel is the individual who invented the “thrifty gene hypothesis”, or the idea that Indigenous peoples are genetically predisposed to type-II diabetes, I argue that his 1978 presentation was also an important moment in the history of Canadian scientific racism. By reviewing the arguments laid out in his paper, I demonstrate that we can read a history of power relations between the lines of his text that are not only racialized, but deeply gendered. In addition, I use this opportunity to underline the colonial dynamics and racist ideologies that persist in the administration of health care to First Nations and Inuit communities in the present day – particularly those which reproduce the idea that Indigenous peoples are naturally diabetic.

La Genèse du « Aboriginal Diabetes » : James V. Neel à Vancouver, 1978 (Panel G1)

Travis Hay (York University)

En 1978, le célèbre généticien américain James V. Neel voyageait à Vanoucouver, British Columbia aux fins de participer á une colloque qu’apellait « Why Sociobiology ? » Trois ans avant cette colloque, E.O. Wilson a publié la très controversée « Sociobiology : The New Synthesis », qu’était critiqué par scientifiques commes Richard Lewtonin and Stephen Jay Gould. Donc, la colloque en général et la présentation de Neel en particulier constituait un moment important dans l’émergence de l’anthropologie et des sciences génétiques dans la deuxieme moitié du la 20ième siècle. La présentation que Neel a donné était très conversée : c’avait les thèmes eugéniques et appelait pour les études anthropologique que considérant « the Indian » comme un objet de la connaissance scientifique. Parce que James v. Neel est l’individu qui a inventé « the thrifty gene hypothesis », ou l’idée que les autochtones ont une prédisposition génétique au Diabète de type 2, je soutiens que la présentation de Neel en 1978 était un moment important dans l’histoire canadienne du racisme scientifique. Par une confrontation avec la colloque, cette article demonstre que nous pouvons lire un histoire des rapports de pouvoir entre les lignes de la presentation que n’est pas seulement racialisé, mais sexué. En outre, je souligne les dynamique colonialist and les ideologies racistes que persistent sur des services de sante aux communautes autochtones et reproduisent l’idée qu’ils sont naturellement diabétiques.

Accommodating Mental Health:

Voluntary Mental Health Groups and the London County Council, 1948–1959 (Panel G2)

Kevin Burris (York University)

With the advent of the British welfare state and the establishment of the National Health Service (NHS) in 1948, the British government reluctantly assumed responsibility for a field that had previously been dominated by the voluntary sphere—mental health care. However, voluntary groups have continued to operate and thrive into the present, suggesting that they still had much to offer, and bearing out Jane Lewis's observation of a mixed economy of welfare in which statutory, voluntary, and familial welfare systems continually supplement one another. This paper examines the character of cooperation between the London County Council and several voluntary organizations in the decade after 1948. Drawing on the reports of Council Medical Officers of Health and histories of the National Association for Mental Health and the Mental After Care Association, among other groups, the paper shows that the post-1948 statutory provision of mental health care was a contingent and somewhat haphazard affair. In particular, a shortage of beds—derived from wartime damage and NHS reshuffling—meant that admission rules set out in the National Health Act, 1946, often could not be followed to the letter. Accommodation shortages became a recurring problem for both the mentally ill and intellectually disabled throughout the 1950s, and young children in particular were forced to endure long waiting lists. As a result, the Council and London area hospital boards subsidized and leaned heavily on voluntary services and infrastructure: training programs for occupational centre staff, home visits by psychiatric social workers, care and after care homes, and recuperative holidays. Yet, this reliance was seen as temporary—a stopgap until full state control could be enforced. As mental health care came increasingly under the bureaucratic remit of the state, non-governmental groups continued to bolster available services, but were forced to adjust priorities to remain relevant and viable within the new order.

Accommoder la santé mentale:

Groups de santé mentale volontaire et le conseil du comté de Londres, 1948-1959 (Panel G2)

Kevin Burris (York University)

Avec l'avènement de l'état-providence britannique et la création du National Health Service (NHS) en 1948, le gouvernement britannique a assumé, à contre cœur, la responsabilité pour la santé mentale, un domaine qui était dominé par des groupes bénévoles. Malgré ceci, ces groupes volontaires persistent jusqu'au présent, suggérant qu'il y avait toujours une place importante pour leur travail. Leur présence supporta aussi l'observation faite par Jane Lewis de l'existence d'une économie de providence mixte dans laquelle des systèmes de bien être légale, volontaire et familiale se complétaient. Cette présentation examine le caractère de coopération entre le conseil du comté de Londres et plusieurs organismes volontaires pendant les dix ans après 1948. Selon les rapports du médecin hygiéniste du conseil et les histoires du National Association for Mental Health et le Mental After-Care Association, cette présentation démontre que les soins de santé mentale de la période post-1948 étaient organisés de façon incertaine et aléatoire. Par exemple, le manque de lits, résultat de la période de guerre et du réaménagement du NHS, a fait en sorte qu'il était souvent impossible de suivre les politiques d'admission inscrites dans le National Health Act (1946) à la lettre. Le manque d'accommodements pour les ceux et celles ayant un problème de santé mentale ou une déficience intellectuelle était un problème commun tout au long des années 1950. Les jeunes enfants en particulier avaient à endurer des temps d'attente particulièrement longue. En conséquence, le comté et les hôpitaux de la région de Londres ont subventionné et compté sur les services et l'infrastructure volontaires, incluant les programmes de formation pour le personnel, des visites à domicile par des travailleurs sociaux spécialistes en psychiatrie, ainsi que des soins lors des périodes de récupération. Peu importe, cette dépendance était perçue comme étant temporaire; un bouche-trou avant que l'état puisse établir son contrôle sur le système. Une fois que l'état s'est mis à intégrer les soins de santé mentales dans son infrastructure bureaucratique, les groupes non-gouvernementaux n'ont pas cessé d'offrir leurs services, mais ont ajustés leur priorités à fin de s'ajuster au nouveau régime.

**Le programme de santé mentale de la clinique externe de l'Hôpital Montfort:
un cas d'exception? (Panel G2)**

Sandra Harrisson (Université du Québec à Trois-Rivières), Marie-Claude Thifault (Université d'Ottawa)

Le rapport *More for the mind* publié en 1963 par la Canadian Mental Health Association dénonçait un système asilaire lamentable et recommandait le développement de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux ainsi que dans la communauté. Comme plusieurs provinces canadiennes, l'Ontario s'inspira de ce rapport pour réformer ses services de santé mentale. Un demi-siècle plus tard, un constat se confirme à l'effet que « le virage vers un système de santé mentale axé sur la communauté ne s'est pas fait, et l'objectif semble encore aujourd'hui loin d'être atteint » (Lurie et Goldbloom, 2016 : 24). Pendant que certains dénoncent le manque d'investissements dans les services communautaires de l'Ontario, nous avons tenté de comprendre l'étendu du réseau de services satellites mis en place autour du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort depuis l'ouverture de sa clinique externe en 1972. Notre enquête dans les dossiers médicaux du département de psychiatrie et de la clinique externe de Montfort met en lumière les parcours de vie transinstitutionnels de ces patients sur des périodes aussi longues que dix, vingt et même 30 ans. C'est en effectuant une visualisation graphique du réseau de ressources communautaires que nous avons réalisé la diversité et l'impressionnant nombre de services qui leurs étaient offerts. Bien que l'éventail des activités thérapeutiques et les services de soutien sont principalement axés sur une approche médicale et centrée sur le milieu hospitalier, nous avons constaté que certains patients n'utilisaient pas ces services ou les utilisaient de façon inconstante. Nous avons également observé un manque de coordination au niveau de l'utilisation des services communautaires à l'extérieur du réseau de l'Hôpital Montfort. Bien que notre étude tient compte que des patients hospitalisés en psychiatrie et à qui on a offert d'intégrer le programme de santé mentale de Montfort, nous pouvons croire que plusieurs parcours psychiatriques ne conduisent pas nécessairement à une hospitalisation totale. Néanmoins, est-ce que la situation géographique de l'Hôpital Montfort et ses services offerts à la minorité francophone expliquent ce qui peut être un cas d'exception en Ontario?

**The Outpatient Clinic Mental Health Program at Montfort Hospital:
An Exceptional Case? (Panel G2)**

Sandra Harrisson (Université du Québec à Trois-Rivières), Marie-Claude Thifault (Université d'Ottawa)

The Canadian Mental Health Association's report *More for the Mind* (1963), denounced a lamentable asylum system and recommended the development of psychiatric services in general hospitals as well as in the community. Like many Canadian provinces, Ontario used this report to reform its mental health services. Half a century later, it was confirmed that "the shift to a community-based mental health system has not taken place, and the goal still seems far from being achieved" (Lurie and Goldbloom, 2016: 24). While some have criticized the lack of investment in Ontario's community services, we attempt to understand the scope of the services network around the Department of Psychiatry at Montfort Hospital since the opening of their outpatient clinic in 1972. Our investigation, using the medical files of the psychiatric department and the external clinic of Montfort, highlights the transinstitutional life courses of these patients over periods as long as ten, 20 or even 30 years. When we graphically visualized the community resource network of Montfort, we realized the diversity and the impressive number of services available to mentally ill patients. While the range of therapeutic activities and support services are primarily focused on a medical and hospital-centered approach, we found that some patients did not use them at all or used them inconsistently. We also observed a lack of coordination in the use of community services outside Montfort's network. Although our study takes into account the patients hospitalized in psychiatry and the offer to integrate the Montfort mental health program, we believe that several psychiatric pathways do not necessarily lead to total hospitalization. Nevertheless, does the location of the Montfort Hospital and its services to the francophone minority explain what may be exceptional in Ontario?

The Destigmatization of Sexually Transmitted Infections in Canada, 1960-1980 (Panel G2)

Jeremy Istead (University of Guelph)

The treatment of sexually transmitted infections (STIs) in early twentieth century Canada has been covered extensively in the historical literature. Scholars have established that health authorities understood STIs as a medical problem with significant moral and social dimensions. Due to the sexual double standard at the time, female sex workers and other 'loose women' were primarily blamed for the spread of STIs. As a result, efforts at STI reduction often focused on the improvement of 'good moral habits,' meaning an elimination of promiscuity and sex outside of marriage. Such efforts were typically directed at the working class, where it was assumed that the 'loose women' originated. This 'moral' approach to treatment changed significantly with the introduction of penicillin in the 1940s and a resulting decline in STI rates, as controlling sexual behavior was no longer seen as necessary for containing STIs. However, STI rates began to rise once again in the mid-1950s, as a result of the emergence of penicillin-resistant strains, and remained at high levels into the 1970s. In this paper, I argue that while 'moral' approaches to the treatment of STIs were again prominent in the 1960s, by the end of the 1970s this approach had been thoroughly weakened, and STIs had been significantly destigmatized. I show this change over time by examining educational materials on STIs, the views of medical professionals and health authorities in medical journals and in health departments like the Department of National Health and Welfare and the Ontario Department of Health, as well as the public discourse around STIs in newspapers. I conclude that this change was caused by a number of factors, including the liberalization of attitudes towards sex, the increasing medicalization of a number of issues once thought to be primarily social, the widespread recognition that STIs were not confined to the working class, and the discovery by many medical professionals that 'moral' approaches were simply ineffective at reducing rates of STIs. I end my temporal focus in 1980 due to the onset of the AIDS crisis in the early 1980s, which led to a resurgence in stigmatizing views of STIs.

La Déstigmatisation des Infections Transmissibles Sexuellement au Canada de 1960 à 1980 (Panel G2)

Jeremy Istead (University of Guelph)

Le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS) au début du XXe siècle a fait l'objet de nombreuses études historiques. Les chercheurs ont démontré que les autorités sanitaires canadiennes les considéraient comme un problème médical aux dimensions morales et sociales importantes. En raison du double standard sexuel de l'époque, les travailleuses du sexe et les autres « femmes de mœurs légères » furent pointées du doigt pour leurs propagations. Par conséquent, les efforts de réduction des ITS portèrent sur l'amélioration des « bonnes habitudes morales », c'est-à-dire l'élimination de la promiscuité et des rapports sexuels en dehors du mariage. De tels efforts furent grandement dirigés vers la classe ouvrière, en raison de l'origine alléguée des « femmes de mœurs légères ». Avec l'introduction de la pénicilline dans les années 1940 et le déclin des taux d'ITS qui en résulta, cette approche moraliste se transforme significativement puisque le contrôle du comportement sexuel n'est plus alors considéré comme étant nécessaire afin d'endiguer les infections. Cependant, ces taux recommencèrent à augmenter au milieu des années 1950 et demeurèrent élevés jusque dans les années 1970 en raison de l'apparition de souches résistantes à la pénicilline. Cette communication démontre la recrudescence de l'approche moraliste face aux ITS dans les années 1960 et comment celle-ci tombe en désuétude durant les années 1970 en raison de la démystification des infections transmissibles sexuellement. Ce changement est exploré au fil du temps en examinant les journaux, du matériel éducatif sur les ITS, les opinions des professionnels de la santé et des autorités dans les revues médicales et dans les ministères comme celui de la Santé nationale et du Bien-être social et le ministère de la Santé de l'Ontario. Le changement de perception fut causé par de nombreux de facteurs, notamment la libéralisation des mœurs sexuelles, la médicalisation croissante de certains enjeux considérée jusqu'alors comme des questions sociales, la reconnaissance que les ITS ne se limitaient pas à la classe ouvrière et la découverte, par plusieurs professionnels de la santé, que l'approche moraliste était tout simplement inefficace pour réduire les taux d'infections. Cette recherche s'arrête aux années 1980 en raison de l'apparition de la crise du SIDA au début de la décennie, ce qui entraîne une résurgence de la stigmatisation des infections transmissibles sexuellement.

“Whatsoever a Man Soweth”: Attempting to Curb Venereal Disease in the Canadian Expeditionary Force through Film, 1917-1919 (Panel G3)

Craig Leslie Mantle (CDA Institute/Laurier Centre for Military Strategic and Disarmament Studies)

In an attempt to curb troubling rates of venereal disease (VD) within the Canadian Expeditionary Force (CEF) during what would prove to be the latter stages of the First World War, a clergyman (and former infantry battalion commanding officer) promoted a British-produced film warning soldiers against relations with prostitutes. Set in London where many soldiers contracted VD while on leave, *Whatsoever a Man Soweth* depicted in graphic detail the effects of such illnesses, not only on the soldier, but also on his offspring, in an effort to scare viewers into remaining abstinent. Despite the popularity of the new medium of cinema and its potential to aid in the fight against a very real threat to military effectiveness and national vitality, the film received limited play throughout the CEF, including the Canadian Corps in continental Europe, contrary to the assumptions commonly-held by historians. Owing to the film’s “bad medicine” and a genuine concern on the part of key officers within the Canadian military medical establishment to guard their profession against well-intentioned but unqualified interlopers, *Whatsoever a Man Soweth* was effectively ignored. This paper will therefore explore the history of this landmark film as it relates to the CEF, a previously unstudied dimension of what is arguably the first public health film that will add much to the existing historical scholarship surrounding both the early history of cinema and VD-prevention in a Canadian military context.

« Whatsoever a Man Soweth » : Une mesure pour freiner les maladies vénériennes dans le Corps expéditionnaire canadien à travers le cinéma, 1917-1919 (Panel G3)

Craig Leslie Mantle (CDA Institute/Laurier Centre for Military Strategic and Disarmament Studies)

Afin de freiner les taux préoccupants de maladies vénériennes dans le Corps expéditionnaire canadien (CEC) durant ce qui allait s'avérer les derniers stades de la Première Guerre mondiale, un prêtre (et ancien officier commandant de bataillon d'infanterie) promut un film de production britannique mettant en garde les soldats contre des rapports sexuels avec des prostituées. Un film se déroulant à Londres, ville où de nombreux soldats en permission contractèrent des maladies vénériennes, *Whatsoever a Man Soweth* dépeignit de manière graphique les effets de ces maladies, pas seulement sur les soldats, mais aussi sur leur progéniture, dans le but de pousser les spectateurs à s'abstenir de rapports sexuels. En dépit de la popularité du cinéma comme nouveau média et son aide éventuelle dans la bataille contre une vraie menace pour l'efficacité militaire et la vitalité nationale, le film fut peu vu par les membres des CEF, y compris dans l'armée canadienne en Europe continentale, contrairement aux suppositions communément admises par les historiens. En raison de la "mauvaise médecine" du film et d'une réelle préoccupation de la part d'officiers clés dans le corps médical canadien de sauvegarder leur profession contre des intrus non qualifiés quoique avec des bonnes intentions, *Whatsoever a Man Soweth* fut effectivement ignoré. Par conséquent, cette communication approfondira l'histoire de ce film ayant fait époque car lié au CEF, une dimension méconnue de ce qu'a été incontestablement le premier film de santé publique en affinant considérablement la recherche historique existante de l'histoire du cinéma des premiers temps et de la prévention des maladies vénériennes dans un contexte militaire canadien.

“Fatuous Piece of Bumf ”: Army Form W3436 and the Diagnosis of Shell Shock, 1917-1918 (Panel G3)
Matthew Barrett (Queen's University)

During the First World War, thousands of soldiers in the Canadian Expeditionary Force were treated for physical and psychological disorders, ranging from tremors and limb paralysis to insomnia and anxiety. Broadly defined as “shell shock,” these symptoms provoked intense debate within British and Canadian medical communities over the primary cause of the casualties. While some doctors suspected shell shock had a psychological origin as a stress reaction to emotional trauma, others believed the explosion of shells caused physical concussions to the brain resulting in physiological damage. The introduction of Army Form W3436 in June 1917 attempted to streamline the process of diagnosis and treatment by determining if emotional symptoms and mental instability had resulted from close proximity to a shell explosion. After a neurological specialist described the patient’s condition and recorded the man’s personal account of his experience, the form was dispatched to his commanding officer at the front to confirm the soldier had been subjected to “exceptional exposure.” Examining over 200 examples of Form W3436, this paper explores how doctors, military commanders and soldiers defined genuine cases of shell shock. By attributing shell shock to a physical, traumatic event, soldiers suffering from nervous exhaustion aimed to present their condition as an honourable wound. At the same time, military authorities and medical officers narrowly defined shell shock as a concussion blast injury in order to limit the number of legitimate cases due to an underlying concern that as a perceived honourable wound the condition would lead to a contagion effect throughout the army.

« Fatuous Piece of Bumf » : Formulaire d'Armée W3436 et le diagnostic de traumatisme du au bombardement, 1917-1918 (Panel G3)

Matthew Barrett (Queen's University)

Durant la Première Guerre mondiale, des milliers de soldats du Corps expéditionnaire canadien (CEC) furent traités pour des troubles physiques et psychologiques, allant des tremblements et paralysie des membres à l'insomnie et anxiété. Défini au sens large comme "obusite," ces symptômes provoquèrent d'intenses débats dans les communautés médicales britanniques et canadiennes sur l'origine de la cause de ces pertes. Alors que certains médecins se doutaient que l'obusite avait une origine psychologique en tant qu'une réaction de stress à un traumatisme émotionnel, d'autres croyaient que les explosions d'obus causaient des commotions cérébrales ayant pour résultat des séquelles physiologiques. L'introduction du Formulaire d'Armée W3436 en juin 1917 s'employait à simplifier le processus de diagnose et traitement en déterminant si les symptômes émotionnels et l'instabilité mentale résultaient d'une proximité immédiate à une explosion d'obus. Après qu'un spécialiste de maladies neurologiques eut décrit l'état du patient et enregistra son récit personnel, le formulaire était expédié à son officier commandant au front pour confirmer que le soldat avait bien été soumis à une "exposition exceptionnelle." En examinant plus de 200 exemples de Formulaire d'Armée W3436, cette communication approfondira la manière dont les médecins, les commandants militaires et les soldats ont définis des cas réels d'obusite. En attribuant l'obusite à un événement traumatique et physique, ces soldats souffrant d'épuisement nerveux visaient à présenter leur état comme une blessure honorable. En même temps, les autorités militaires et les officiers médicaux circonscrivaient l'obusite à une blessure de commotion cérébrale due à une explosion, et cela pour limiter le nombre de cas légitimes, avec la préoccupation sous-jacente que percevoir ces blessures comme honorables aurait un effet viral au sein des forces canadiennes.

Battling Wounded Minds:**The Canadian Military and Operational Stress Injuries after the Cold War (Panel G3)**

Adam Montgomery (Independent Scholar)

In the post-Cold War era, Canadian peacekeepers were committed to a plethora of peacekeeping missions around the globe, in locations as far flung as Somalia and the Former Yugoslavia. Ultimately, they discovered there was little peace to keep. When thousands of soldiers returned to Canada haunted by the traumatic experiences they endured – witnessing ethnic cleansing, genocide, and other unspeakable atrocities – the military was forced to re-discover and openly discuss the existence of mental trauma after four decades of forgetfulness. Throughout the late 1990s and early 2000s, a series of military reformers attempted to introduce measures to alleviate mental health stigmas and provide greater support for soldiers and veterans suffering from post-traumatic stress disorder (PTSD), but they were forced to fight both traditional military culture that viewed mental injuries as weakness rather than illness, and physicians reluctant to accept changes from those outside the medical realm, who were viewed as possessing neither professional credibility nor experience. Boardroom battles ensued over what to term mental illnesses stemming from war and peacekeeping, how to defeat stigma, and the appropriate treatment for those suffering with PTSD and other mental illnesses. This paper examines various mental health reform efforts in the Canadian Forces throughout the late 1990s and early 2000s, with a particular focus on the creation of the Operational Stress Injury (OSI) term and the Operational Stress Injury Social Support (OSISS) group. The resistance that military reformers encountered from both an “old guard” and Canadian Forces physicians highlighted an enduring clash between professional interests, military needs, and medical matters.

Lutter contre les esprits blessés:**Les traumatismes militaires et opérationnels liés au stress après la guerre froide (Panel G3)**

Adam Montgomery (Independent Scholar)

Dans la période d'après-guerre froide, les casques bleus canadiens furent engagés dans une multiplicité de missions du maintien de la paix à travers le globe, dans des endroits aussi reculés que la Somalie et l'ex-Yougoslavie. Finalement, ils découvrirent qu'il y avait peu de paix à maintenir. Quand ces milliers de soldats retournèrent au Canada hantés par des expériences traumatisantes qu'ils avaient endurés, y compris avoir été les témoins de nettoyage ethnique, génocides, et bien d'autres atrocités innommables, ils furent forcés de redécouvrir et de discuter ouvertement l'existence de traumatismes mentaux après quatre décennies d'oubli. Pendant la fin des années 1990 et le début des années 2000, un nombre de réformateurs militaires visèrent à introduire des mesures pour atténuer la honte associée à la maladie mentale et pour soutenir davantage les soldats et vétérans qui souffraient de stress post-traumatique, mais ils furent forcés à lutter aussi bien contre une culture militaire traditionnelle qui voyait les blessures mentales comme une faiblesse et non une maladie, et contre des médecins peu disposés à accepter des changements provenant de personnes en dehors du corps médical, considérés comme ne possédant ni crédibilité professionnelle ni expérience. Des réunions conflictuelles eurent lieu sur comment définir les maladies mentales liées à la guerre et au maintien de la paix, comment vaincre la honte, et le traitement appropriée pour ceux et celles qui souffraient de stress post-traumatique. Cette communication approfondira les réformes en matière de santé mentale au sein des Forces canadiennes pendant la fin des années 1990 et le début des années 2000, avec une attention particulière à la création du qualificatif Blessure de stress opérationnel (BSO) et d'une groupe Soutien social; blessures de stress opérationnel (SSBSO). La résistance que les réformateurs militaires ont rencontrée tant d'une "vielle garde" que de médecins militaires ont mis en lumière un conflit durable entre intérêts professionnels, besoins militaires et questions militaires.

L'implantation d'un nouveau modèle d'organisation et de prestation des soins en santé mentale au Québec : L'exemple de l'hôpital Pierre-Janet de Hull, 1963-1971 (Panel H1)

Daniel Angers (Université d'Ottawa)

En 1961, le ministère des affaires sociales du Québec met sur pied la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (Commission Bédard). L'année suivante, la commission dépose son rapport. On y constate l'absence d'une politique gouvernementale cohérente quant aux fonctions des hôpitaux et quant à la planification de nouveaux services psychiatriques. Suite au rapport, le modèle des énormes établissements asilaires, concentrés à Montréal et Québec, va être abandonné au profit d'une régionalisation des services et d'une accélération de la désinstitutionnalisation. La commission recommande la création d'un hôpital psychiatrique à Hull. En 1963, l'Outaouais ne dispose pas de services psychiatriques : les patients doivent être dirigés vers Montréal ou Ottawa. Le Dr Gaston Harnois reçoit le mandat de mettre sur pied des services de psychiatrie dans l'Outaouais. L'exemple de Pierre-Janet est particulièrement pertinent puisqu'il est le seul hôpital qui est créé suite au Rapport Bédard et qui fonctionne de manière autonome jusqu'en 2011 (année de sa fusion avec le CSSS de l'Outaouais). Les autres services psychiatriques régionaux sont implantés comme départements de psychiatrie dans des hôpitaux généraux. Par ma recherche, qui s'inscrit dans un courant historiographique ressent contestant la thèse d'un retard de la psychiatrie canadienne-française, je cherche à comprendre comment le nouveau paradigme en santé mentale s'est implanté et développé dans cet hôpital. Je mets en perspective les liens entre les recommandations du rapport de la Commission Bédard, et le modèle d'organisation et de prestation des soins développé à Pierre-Janet. Je démontre que, dès sa création, cette institution répond parfaitement aux nouvelles prérogatives en santé mentale mises de l'avant à partir des années 1960. Les principales sources utilisées sont les archives de l'hôpital, le rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques et des correspondances du fonds d'archives du député provincial Oswald Parent. Ces archives contiennent des données quantitatives et qualitatives. Leur recoupement, dans une approche sociohistorique, permet de constater que Pierre-Janet est une créature issue de la révolution psychiatrique.

The Establishment of a New Model of Organisation and of Benefit of Care in Mental Health in Quebec: The Example of the Hospital Pierre-Janet of Hull, 1963-1971 (Panel H1)

Daniel Angers (Université d'Ottawa)

In 1961, the Québec Ministry of Social Affairs set up the Commission for the Study of Psychiatric Hospitals (Commission Bédard). The following year, the committee tabled its report. There is a lack of a coherent government policy on the functions of hospitals and on the planning of new psychiatric services. Following the report, the model of the huge asylum institutions, concentrated in Montreal and Quebec, will be abandoned in favor of a regionalization of services and an acceleration of deinstitutionalization. The commission recommends the establishment of a psychiatric hospital in Hull. In 1963, the Outaouais did not have psychiatric services, patients had to be sent to Montreal or Ottawa. Dr. Gaston Harnois was commissioned to set up psychiatric services in the Outaouais region. The example of Pierre-Janet is particularly relevant since it is the only hospital created after the Bédard report and which operates independently until 2011 (the year it merged with the CSSS de l'Outaouais). The other regional psychiatric services are established as departments of psychiatry in general hospitals. Through my research, which is part of a historiographic current that is challenging the thesis of a delay in French Canadian psychiatry, I seek to understand how the new paradigm in mental health has been implanted and developed in this hospital. I put into perspective the links between the recommendations of the Bédard Commission report and the organization and care delivery model developed at Pierre-Janet. I demonstrate that, from its inception, this institution responded perfectly to the new mental health prerogatives put forward in the 1960s. The main sources used are the hospital archives, the report of the Psychiatric Hospitals Commission and the archives of the provincial deputy Oswald Parent. These archives contain quantitative and qualitative data. Their overlap, in a socio-historical approach, shows that Pierre-Janet is a creature born of the psychiatric revolution.

L'évolution du nursing psychiatrique dans la presse écrite canadienne-française de 1928-1960 (Panel H1)

Elsa-Karine Harchaoui (Université d'Ottawa), Inès Zombre (Université d'Ottawa)

L'histoire des soins infirmiers psychiatriques est une occasion de témoigner du riche héritage que la communauté religieuse et les infirmières laïques ont légué à la population. Néanmoins, des inégalités subsistent, notamment lorsque nous comparons les ressources historiques francophones et anglophones dans l'ensemble du Canada et ailleurs dans le monde. Pour comprendre la persistance de cet écart linguistique, nous avons choisi d'explorer la progression des pratiques et le contenu d'enseignement en soins infirmiers psychiatriques disponibles, au sein de la communauté des étudiantes infirmières canadiennes-françaises de 1928 à 1960. Le résultat du dépouillement de revues professionnelles a mené la création d'une banque de documents regroupant tant des textes sous forme d'articles et de correspondances que de documents iconographiques extraits de ces revues. L'ensemble des documents a été catégorisé sous forme de grilles et les documents enregistrés, regroupés par années et classés selon le format suivant : image, publicités et texte. Nous avons aussi créé un journal de bord qui a permis une meilleure coordination et la comparaison des revues entre elles. Les écrits étudiés ont permis d'atteindre un double objectif : en premier lieu, mieux comprendre le contexte de santé, les contraintes et le poids politiques des soins infirmiers psychiatriques de l'époque. En second lieu, mettre en valeur le désir des garde-malades de toujours viser l'excellence entre elles en se perfectionnant continuellement et en encourageant le partage de connaissances sous forme d'articles dans ces ouvrages.

The Evolution of Psychiatric Nursing in the French-Canadian Press, 1928-1960 (Panel H1)

Elsa-Karine Harchaoui (Université d'Ottawa), Inès Zombre (Université d'Ottawa)

The history of psychiatric nursing is an opportunity to witness the rich heritage that the religious community and the lay nurses have left the population. Nevertheless, inequalities remain, especially when we compare historical Francophone and Anglophone resources across Canada and around the world. To try to narrow the linguistic gap that remains, we explored the progression of practices and instructional content available in psychiatric nursing, within the community of French-Canadian student nurses from 1928 to 1960. To this end, we conducted over the past five months a review of professional journals. The result of our approach led to the creation of a document bank involving both texts as articles and correspondences of graphic material extracted from these journals. All documentation has been categorized as a registered grids and documents, grouped by years and classified in the following format: image, advertisements and text. We also created a logbook which allowed better coordination and comparison of journals between them. The studied writings have achieved two objectives: first, to better understand the health context, constraints and the political weight of psychiatric nursing at the time. Second, highlight the desire of their career to always strive for excellence in perfecting them constantly and encouraging knowledge sharing as articles in these works.

**Making the Case for Investment in Mental Health:
Scientific Administration of Canadian Psychiatric Hospitals (Panel H1)**

Thomas Foth (University of Ottawa), Cheryl McWatters (University of Ottawa)

This study examines how hospital boards and administrators ‘made the case’ to invest in cost-saving technologies to reduce the financial burden of medical care. Extending our earlier research into the merging of medical/nursing and management knowledge to scientifically manage the psychiatric hospital and to govern the population at large, we investigate the case for investment in fever units (high-temperature cabinets) at the Ontario Hospital, Toronto. From the beginning of the 20th century, hospital efficiency had become the outstanding preoccupation of administrators and psychiatrists. After World War I, accounting techniques were used to gather information about the nation’s efficiency and to plan and determine provisions for ‘those who could not provide for themselves’. The net present value of men was calculated, enabling the computation of the nation’s loss of value through specific mental diseases. These results were linked to the costs for mental health interventions, making it possible to determine the ratio between investments and outcome. The language of accounting was soon being adopted by psychiatrists in order to argue for specific investments in mental health. In 1939, the senior psychiatrist A.J. Bromley, MD of the Ontario Hospital, Toronto used this rationale to promote the idea to invest considerable capital and operating funds in the implementation and maintenance of a so-called ‘fever unit’ dedicated to the treatment of patients with neuro-syphilis. He argued that even though it would constitute a significant financial outlay, the investment would reduce the overall loss for the nation as it would shorten the time of hospitalisation and enable those treated to return to work and stay at home – continuing to produce value to the nation.

**Faire valoir l'intérêt de l'investissement en santé mentale:
Administration scientifique de l'Hôpital psychiatrique canadien (Panel H1)**

Thomas Foth (University of Ottawa), Cheryl McWatters (University of Ottawa)

Cette étude examine la façon dont les conseils et l’administration des hôpitaux ont fait valoir l’opportunité d’investir dans des technologies économes afin de réduire le fardeau financier des soins médicaux. Développant à partir nos recherches antérieures sur la fusion des connaissances médicales / infirmières et de gestion afin de gérer scientifiquement l’hôpital psychiatrique et de gouverner la population en général, nous étudions les arguments en faveur de l’investissement dans les foyers à haute température de l’Hôpital de l’Ontario à Toronto. Dès le début du XXe siècle, l’efficacité des hôpitaux était devenue la principale préoccupation des administrateurs et des psychiatres. Après la Première Guerre mondiale, des techniques de comptabilité ont été utilisées pour recueillir des informations sur l’efficacité de la nation pour planifier et déterminer des dispositions pour ceux qui ne pouvaient pas se subvenir à leurs besoins. La valeur actuelle nette des hommes a été calculée, permettant de calculer la perte de valeur du pays en lien avec des maladies mentales spécifiques. Ces résultats ont été liés aux coûts des interventions en santé mentale, permettant de déterminer le rapport entre les investissements et les résultats. Le langage de la comptabilité a bientôt été adopté par les psychiatres afin de plaider pour des investissements spécifiques en santé mentale. En 1939, le psychiatre senior A.J. Bromley, MD de l’Hôpital de l’Ontario à Toronto, a utilisé cette logique pour promouvoir l’idée d’investir des capitaux considérables et des fonds de fonctionnement dans la mise en place et le maintien d’une unité dite de la fièvre dédiée au traitement des patients atteints de neuro-syphilis. Il a soutenu que même si cela constituerait une dépense financière importante, l’investissement réduirait la perte globale pour le pays, car il réduirait le temps d’hospitalisation et permettrait aux personnes traitées de retourner au travail et à la maison-demeurant ainsi des membres productifs de la société.

Surveying the Material Culture of Health at the University of Toronto (Panel H2)

Erich Weidenhammer (University of Toronto), Jennifer Fraser (University of Toronto)

Research universities typically contain a remarkable variety of collections documenting research within the broad domain of health. These range from biobanks to anatomical collections, to teaching and research equipment across disciplines ranging from dentistry to occupational health. The Sesquicentennial commemorations at the University of Toronto provide an opportunity to survey and explore this material. The University of Toronto Faculty of Medicine and the Institute for the History and Philosophy of Science and Technology are preparing a survey/ report of the material culture of research at the University of Toronto. Its purpose is to lay the groundwork for an overall University of Toronto STEM collection based on what is now the University of Toronto Scientific Instruments Collection. This presentation will discuss the insights gained from this survey of various health-related collections across the University of Toronto. It will discuss the provenance of these collections and their current status within their institutional contexts. It will also discuss possibilities for establishing “living” collections—collections that exist as an ongoing record of activities within a particular institutional context—within the various health faculties and departments. Finally, this presentation will discuss an effort to engage high school students, enrolled in the Faculty of Medicine’s Summer Internship Program, in object-based research using objects drawn from across the University of Toronto. These objects will be featured in an online exhibition commemorating the sesquicentennial.

Une étude de la culture matérielle de la santé à l’Université de Toronto (Panel H2)

Erich Weidenhammer (University of Toronto), Jennifer Fraser (University of Toronto)

Généralement, les universités de recherche rassemblent une variété remarquable de collections qui documentent la recherche touchant au vaste domaine de la santé. Ces collections peuvent inclure autant des biobanques que des collections anatomiques ou encore de l’équipement pour l’enseignement et la recherche dans toutes les disciplines depuis la dentisterie jusqu’à la santé au travail. Les commémorations du cent cinquantième à l’Université de Toronto sont l’occasion d’étudier et d’explorer ce matériel. La Faculté de médecine de l’Université de Toronto et l’Institut pour l’histoire et la philosophie de la science et de la technologie (Institute for the History and Philosophy of Science and Technology) préparent une enquête sur la culture matérielle de la recherche à l’Université de Toronto. L’objectif de ce rapport est de préparer le terrain pour une collection STGM à l’échelle de l’Université de Toronto basée sur ce qui est maintenant la Collection d’instruments scientifiques de l’Université de Toronto (University of Toronto Scientific Instruments Collection). Cette présentation traitera des connaissances amassées grâce à cette étude des diverses collections reliées à la santé à l’Université de Toronto. La provenance de ces collections et leur statut courant au sein de leur contexte institutionnel seront décrits. Il y aura aussi une discussion sur les possibilités de fonder des collections « vivantes », c’est-à-dire des collections qui rapportent de façon continue les activités à l’intérieur d’un contexte institutionnel particulier, au sein de plusieurs facultés et départements en lien avec la santé. Finalement, cette présentation discutera d’un projet pour faire participer les étudiants du secondaire inscrits au Programme de stage d’été de la Faculté de médecine, à des activités de recherche à partir d’objets en utilisant des objets empruntés à différentes facultés et à différents départements de l’Université de Toronto. Ces objets seront mis en avant par le biais d’une exposition en ligne commémorant le cent cinquantième.

Fire Traps, Steam Traps, and Media Traps: Interpreting Fire Prevention and Governmental Gas-Lighting at the Lakeshore Psychiatric Hospital (Panel H2)

Ben Mitchell (Lakeshore Grounds Interpretive Centre)

Throughout its almost hundred years of operation, the Lakeshore Psychiatric Hospital (1890-1979) saw a steady increase in the number of patients living on the grounds or using its services. Nor was it alone in this respect, throughout the twentieth century asylums and mental hospitals close to urban areas saw an almost constant increase in their patient populations. This pattern of growth, and the vulnerable populations involved, meant that the possibility of fire was a prominent concern of hospital staff and administrators. Institutions damaged by fire were held up as cautionary tales harkening back to the treatment of the mentally ill in the middle ages. In this context systems of fire prevention and control were considered to be representative of modern medicine itself. The Lakeshore Grounds Interpretive Centre is in possession of two radiators and a fire reel from the old Lakeshore Psychiatric Hospital. Using these artefacts and the supporting historical documents surrounding fire and heating at the Hospital, assistant curator Ben Mitchell has prepared an interpretive plan that links concerns about fire to the founding of the institution along the shores of Lake Ontario, its early adoption of steam heating, and its closure in 1979, when then Minister of Health Dennis Timbrell argued that the hospital should be closed because it was a fire trap. Timbrell's arguments struck many at the time as a form of misdirection used to justify the closing of the Lakeshore Psychiatric Hospital as part of the larger Neoliberal movement of deinstitutionalization that was taking place in America, the U.K. and Canada, and the damage done by the Hospital's closure is still being felt in the community to this day. The ongoing public discourses surrounding the Hospital thus reflect both historical and contemporary concerns that visitors and community members have had about government, mental health, and medicine in Canada. The Lakeshore Grounds Interpretive Centre is thus presented with the ongoing challenge of framing the closing of the Hospital in a way that responds to these concerns, provides background for them, and advocates for the wellbeing of the broader community.

Nids à feu, purgeurs de vapeur, et pièges médiatiques : L'interprétation de la prévention des incendies et « gas-lighting » gouvernemental à l'hôpital psychiatrique Lakeshore (Panel H2)

Ben Mitchell (Lakeshore Grounds Interpretive Centre)

Au cours de ses années d'opération (1890-1979) le nombre de patients résidents et non-résidents de l'hôpital psychiatrique Lakeshore s'est accru de manière régulière. De même au cours du 20^e siècle la population des patients des asiles et des hôpitaux psychiatriques à proximité des centres urbains s'est aussi accrue quasi-constamment. Considérant la croissance de cette population vulnérable institutionnalisée, le risque d'incendie est devenu une préoccupation majeure à la fois du personnel hospitalier et des administrateurs. Les institutions victimes d'incendies servaient de mise en garde rappelant le traitement des malades mentaux au Moyen Âge. Ainsi les systèmes prévenant et contrôlant les incendies représentaient la médecine moderne. Le centre d'interprétation « Lakeshore Grounds » possède deux radiateurs et un dévidoir de boyau de l'ancien Hôpital Psychiatrique. À l'aide d'artéfacts et de documents historiques décrivant le feu et le chauffage à l'Hôpital, assistant du conservateur Ben Mitchell a préparé un plan d'interprétation qui lie les inquiétudes sur les risques d'incendies à la fondation de l'institut sur la rive du Lac Ontario, l'adoption précoce du chauffage à la vapeur, et sa fermeture en 1979, justifié par la croyance du Ministre de la Santé Denis Timbrell que l'édifice était un nid à feu. À l'époque, l'argument de Timbrell a évoqué chez plusieurs l'impression qu'il s'agissait plutôt d'une forme de détournement de l'attention pour justifier la fermeture de l'Hôpital Psychiatrique Lakeshore au sein du mouvement Néolibéral de désinstitutionnalisation qui prenait place en Amérique, au Royaume-Uni et au Canada. Le dommage engendré par cette fermeture est ressenti par la communauté à ce jour. Aujourd'hui, le discours public reflète les inquiétudes historiques et contemporaines que les visiteurs et les membres de la communauté ressentent au sujet du gouvernement, la santé mentale, et la médecine au Canada. Le centre d'interprétation Lakeshore Ground est alors présenté le défi continu de contextualiser la fermeture de l'Hôpital de manière qui répond à leurs inquiétudes, leur fournit un contexte, et préconise pour le bien-être de la population générale.

Whose History Did We Keep? Two Case Studies in the Exhibition of the History of Institutional Mental Health Care in Ontario (Panel H2)

Jennifer L. Bazar (Lakeshore Grounds Interpretive Centre)

By the early twentieth century, every province in Canada had at least one mental health hospital in operation; following the wave of deinstitutionalization, most opened a collection, exhibit, or museum that featured their institutional history. These latter efforts were largely volunteer driven: the push typically led by a former employee of the hospital with the intention of preserving the memories of an influential component of the local community. Although increasingly of focus in other parts of the world, few historians have paid much attention to these collections or their display in the Canadian context (for exceptions, please see Bazar, 2013; Wright & Flis, 2011). My presentation will combine two discussions: I will begin with a survey of the types of artefacts that have been collected from mental health hospitals across the provinces and how they have traditionally been displayed. As part of this discussion, I will emphasize the criticisms that have been raised by historians regarding the collection choices that have been made as well as the more local concerns concerning their display that have been raised by residents and mental health advocates alike. The second part of my presentation will consist of a self-reflective and critical review of two Ontario-based case studies I was recently a part of: (1) the exhibits at the Waypoint Centre for Mental Health Care in Penetanguishene, namely the re-launch of their on-site History Walk and the creation of the Remembering Oak Ridge digital archive and exhibit; and (2) the exhibit and public tours at the Lakeshore Grounds Interpretive Centre in Etobicoke that highlight the history of the Lakeshore Psychiatric Hospital. Brought together, the two components of my presentation will be used to question the availability of institutional mental health material culture in Canada, the ways in which these collections are being used, and the impact these practices are having on public perceptions of institutional mental health history in Canada.

Quelle histoire avons-nous conservée? Deux études de cas dans l'exposition de l'histoire des soins de santé mentaux institutionnels en Ontario (Panel H2)

Jennifer L. Bazar (Lakeshore Grounds Interpretive Centre)

Au début du XXe siècle, chaque province du Canada avait au moins un hôpital de santé mentale en opération; suite à la vague de désinstitutionnalisation, la plupart ont ouvert une collection, une exposition ou un musée qui ont présenté leur histoire institutionnelle. Ces derniers efforts ont été principalement axés sur les bénévoles: la poussée généralement menée par un ancien employé de l'hôpital dans le but de préserver les souvenirs d'une composante influente de la communauté locale. Bien que de plus en plus focalisé dans d'autres parties du monde, peu d'historiens ont accordé beaucoup d'attention à ces collections ou à leur affichage dans le contexte canadien (pour des exceptions, voir Bazar, 2013 ; Wright & Flis, 2011). Mon exposé combinera deux discussions: je commencerai par un sondage sur les types d'artefacts qui ont été recueillis dans les hôpitaux de santé mentale des provinces et sur la façon dont ils ont été traditionnellement affichés. Dans le cadre de cette discussion, je soulignerai les critiques qui ont été soulevées par les historiens concernant les choix de collecte qui ont été faits ainsi que les préoccupations plus locales concernant leur affichage qui ont été soulevées par les résidents et les défenseurs de la santé mentale. La deuxième partie de ma présentation consistera en une révision auto-réfléchiée et critique de deux études de cas basées sur l'Ontario dans lesquels j'ai récemment participé: (1) les expositions au Waypoint centre de soins de santé mentale à Penetanguishene, à savoir la re-lancement de leur marche sur place sur l'histoire et la création de l'archive et l'exposition numérique « Remembering Oak Ridge »; et (2) l'exposition et les visites publiques au Lakeshore Grounds Interpretive Centre [centre d'interprétation] à Etobicoke qui soulignent l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Lakeshore. Ensemble, les deux composantes de ma présentation serviront à remettre en question la disponibilité de la culture matérielle institutionnelle de la santé mentale au Canada, les méthodes d'utilisation de ces collections et l'impact de ces pratiques sur les perceptions du public sur l'histoire de la santé mentale en milieu institutionnel au Canada.

Dr. Forbes Godfrey, MPP and his Eugenic Proposals for Ontario (Panel H3)

Elizabeth Koester (University of Toronto)

From the late nineteenth century, when Francis Galton began to write about “improving the race,” the concept of “eugenics” (a word he coined by combining the Greek for “well” and “born”) captured public imagination. Eugenics was understood as a science-based cure for the many social ills of the day, including prostitution, alcoholism, and “degeneracy,” all thought to be related to the supposedly hereditary condition of “feeble-mindedness.” In many jurisdictions, including thirty American states, the solution was to enact compulsory sterilization legislation, which was intended to prevent so-called feeble-minded individuals from having children. Such legislation, considered to be the high-water mark of eugenic policy making, was passed in Alberta in 1928 and British Columbia in 1933. Not surprisingly, Canadian historiography of eugenics has mainly focused on these provinces; since Ontario never followed suit, most assume that “nothing happened” there and, accordingly, the study of eugenics in that province has been cursory. A closer look, however, reveals that there was actually considerable interest in eugenics in Ontario. One important figure was Dr. Forbes Godfrey, a practising physician and Ontario MPP from Mimico, then a small village west of Toronto. Between 1910 and 1921, Godfrey introduced eight private member’s bills in the Ontario legislature, four intended to amend the Marriage Act to restrict marriages and four to prevent procreation by “imbeciles and others.” Although these measures had supporters on both sides of the legislature including from fellow physician-MPPs, none passed; however, they engendered emotional debates as well as fiery public criticism of Godfrey by his own Conservative Party Premier James Whitney. Interestingly, following the withdrawal of one of Godfrey’s marriage bills, the government itself (to Godfrey’s chagrin) introduced similar amendments of its own. The story of Godfrey and his bills raises interesting questions which my talk will address, among them: what does it illustrate about the trajectory of eugenics in Ontario, and how does it help us understand the medical profession in that period, as well as its relationship to eugenics?

Dr Forbes Godfrey, député, et ses propositions eugéniques pour l’Ontario (Panel H3)

Elizabeth Koester (University of Toronto)

Dès la fin du XIXe siècle, alors que Francis Galton commençait à parler de « l’amélioration de la race », le concept d’« eugénisme » (terme forgé par M. Galton en combinant les mots grecs signifiant « bien » et « né ») a captivé l’imagination du public. L’eugénisme était alors perçu comme un remède scientifique aux nombreux fléaux de l’époque, comme la prostitution, l’alcoolisme et la « dégénérescence », qui étaient tous attribués à la « faiblesse d’esprit », une affection prétendument héréditaire. Dans de nombreux territoires, dont trente États américains, la solution retenue a été de promulguer des lois sur la stérilisation contrainte en vue d’empêcher les personnes dites faibles d’esprit d’avoir des enfants. De telles lois, considérées comme le point culminant de la politique eugéniste, ont été adoptées en Alberta en 1928 et en Colombie-Britannique en 1933. Il n’est donc pas surprenant que l’historiographie canadienne de l’eugénisme se soit principalement concentrée sur ces provinces. Comme l’Ontario ne leur a jamais emboîté le pas, on pense souvent que « rien ne s’y est produit » et, par conséquent, l’étude de l’eugénisme dans cette province est restée superficielle. Toutefois, un examen plus approfondi révèle que l’eugénisme a en fait suscité un vif intérêt en Ontario. L’une de ses figures de proue a été le Dr Forbes Godfrey, médecin praticien et député provincial originaire de Mimico, qui était alors un petit village à l’ouest de Toronto. Entre 1910 et 1921, le Dr Godfrey a déposé huit projets de loi d’initiative parlementaire à l’Assemblée législative de l’Ontario : quatre entendaient modifier la Marriage Act afin de restreindre les mariages et quatre visaient à empêcher la procréation des « imbéciles et autres ». Bien que ces mesures aient rallié l’appui de députés des deux côtés de l’Assemblée législative, y compris d’autres médecins-députés, aucune n’a été adoptée. Cependant, elles ont fait l’objet de débats passionnés et le Dr Godfrey a même été vivement critiqué en public par le premier ministre James Whitney, lui aussi issu du Parti conservateur. Pour autant, après le retrait d’un des projets de loi du Dr Godfrey sur le mariage, le gouvernement lui-même a présenté (au grand dam du Dr Godfrey) des modifications législatives similaires. L’histoire du Dr Godfrey et de ses projets de loi soulève des questions intéressantes que j’aborderai au cours de mon exposé. En particulier, que nous apprend-elle sur le parcours de l’eugénisme en Ontario et comment nous permet-elle d’apprécier la profession médicale à cette époque et ses liens avec l’eugénisme?

“Hurled on the P.C.”: Artificial Limbs and American Imperialism (Panel H3)

Caroline Lieffers (Yale University)

In 1895, Z.T. Daniel, a US Indian Service physician in South Dakota, wrote to the artificial limb manufacturer A.A. Marks about a leg amputation he had performed on a Sioux chief. “I did not succeed in getting his consent to operate until I told him about your excellent limbs,” Daniel enthused. He enclosed a photograph of the chief, with the hope that it would “be interesting to his race, and an example of what the ‘White Medicine Men’ can do for his people.” This presentation examines disability as a site for American expansion in the late nineteenth and early twentieth centuries. For settler physicians and East Coast manufacturers—some of whom wore artificial limbs themselves—prostheses were tools of bodily wholeness and productivity, operating in parallel with efforts to civilize foreign peoples, tame frontier landscapes, and open distant markets. For users from different cultures, however, artificial limbs could bear very different meanings, and adapting to or refusing these limbs could also be a way of adapting to or refusing imperial power. The first part of my presentation considers artificial limb manufacturer B. Frank Palmer, whose prosthesis won a silver medal at London’s Great Exhibition in 1851. The Exhibition opened badly for the Americans, but technologies that would soon be central to the country’s westward expansion—including McCormick’s reaper, Colt’s revolver, and Palmer’s leg—vindicated the nation’s “industrial honor.” Building on extant work in the history of prostheses, colonial medicine, and indigenous health, this presentation then examines artificial limbs worn by Omaha and Sioux peoples, putting their engagement with disability technologies in the context of American imperialism. It then moves to the Panama Canal project, considering how diverse workers “hurled on the P.C.,” as one labourer put it, made individualized claims for compensation and prostheses, aiming to design their own technological futures when full American citizenship was not forthcoming. In order to understand both bodily technology and the imperial project, disability’s meanings must be read in and through cultural differences, changing landscapes, and citizenship ideals.

« Blessés sur le c. de P. » : les membres artificiels et l’impérialisme américain (Panel H3)

Caroline Lieffers (Yale University)

En 1895, Z.T. Daniel, un médecin travaillant au Dakota du Sud pour le Bureau des affaires indiennes des Etats-Unis, a écrit à A.A. Marks, un fabricant de membres artificiels, au sujet d’une amputation qu’il a faite sur un jeune chef Sioux. « Je n’ai pas reçu son consentement pour la chirurgie jusqu’à ce que je lui ai parlé au sujet de vos membres artificiels » dit Daniel. Il a inclus une photographie du chef, exprimant son espoir que ça servirait comme exemple de « ce que les guérisseurs blancs pourraient faire pour son peuple ». Ma communication examine le handicap comme site d’expansion des Etats-Unis à la fin du 19e siècle et à l’aube du 20e siècle. Pour les médecins et les fabricants de membres artificiels—qui portaient parfois leurs technologies eux-mêmes—les prothèses étaient des outils d’intégrité personnelle et de productivité économique, fonctionnant à côté des efforts impériaux visant à civiliser les peuples étrangers, à dompter les territoires et à ouvrir les marchés éloignés. Cependant, pour les autres cultures, les membres artificiels avaient parfois des significations très différentes, et le processus de s’adapter à, ou de refuser, ces technologies pourrait être aussi un processus de s’adapter à ou de refuser l’hégémonie impériale. La première partie de ma communication examine le fabricant des membres artificiels B. Frank Palmer, qui a gagné une médaille en argent à la Grande Exposition à Londres en 1851. L’exposition a mal commencé pour les Américains, mais les technologies qui seraient bientôt au centre de l’expansion des Etats-Unis—y compris la moissonneuse de McCormick, le revolver de Colt et la prothèse de Palmer— ont revendiqué « l’honneur industriel » du pays. Cette communication ajoute ensuite à la recherche au sujet de l’histoire des membres artificiels, la médecine coloniale et la santé autochtone en considérant les prothèses portées par les peuples Omaha and Sioux au cours de l’impérialisme américain. Finalement, ma communication se déplace vers le canal de Panama, examinant comment les travailleurs « blessés sur le c. de P. » (l’expression d’un ouvrier) ont fait des demandes de compensation et de prothèses, visant enfin à former leur propres avens technologiques même si la citoyenneté américaine n’était pas toujours possible. Afin de comprendre la technologie du corps ainsi que le projet impérial, il faut examiner la signification du handicap vis-à-vis les différences culturelles, les territoires en évolution et les idéaux de la citoyenneté.

“Healthy” d/Deaf Citizens: Health Discourses, Disability, d/Deafness and Education at the Ontario Institution for the Education of the Deaf, 1904-1914 (Panel H3)

Alessandra Iozzo-Duval (University of Ottawa)

When the Ontario School for the Education of the Deaf (OIED) opened its doors in the autumn of 1870, the mandate was to provide an academic and trades education for the d/Deaf children of the province of Ontario. As a residential institution which strictly limited the children from returning home, outside of the summer months, the OIED also became the pupils' homes. Imbued with ideas around scientific childrearing and working under a “best interest’s policy” the OIED sought, in multiple ways, to uphold a scientific approach to citizenship education and approaches to d/Deafness and (dis)ability. The official public school health curriculum, incorporated in 1905 by the OIED, promoted ideas around what constituted “good” health and played a significant role in “educating” d/Deaf students at the OIED during this period. Although little academic study has focussed on the OIED, what does exist examines the educational aspect of the institution. The role of health discourses, both through the official curriculum but also evident in the overall organization of the institution’s daily routine, has received little study. In a historical period where sickness and death were significant parts of childhood and ideas around health and the body were intricately tied to notions of “good” citizenship, I argue that understanding the health discourses aimed at “disabled” children, can shed light on how ideas around health, disability and citizenship are connected. This paper will use the school newspaper, *The Canadian Mute*, to understand the dominant health messages, particularly as they converge around questions of disability and citizenship, disseminated to the students, their parents and the larger d/Deaf community. In particular, I will examine the school newspaper, and other related material and curricula, from 1904-1914.

Citoyens « en santé » atteints de surdité : discours sur la santé, le handicap, la Surdité et l’éducation au sein de l’Institution de l’éducation des sourds de l’Ontario, 1904-1914 (Panel H3)

Alessandra Iozzo-Duval (University of Ottawa)

L’Ontario School of the Education of the Deaf (OIED) ouvre ses portes à l’automne 1870. Elle a pour mandat de dispenser une éducation académique et professionnelle aux enfants sourds de la province de l’Ontario. En tant qu’institut résidentiel, il restreint l’accès au domicile familial aux enfants, en dehors des mois estivales. L’OIED devient, alors, leur résidence permanente. Imprégnée de la conception scientifique de l’éducation et  ouvrant dans le cadre d’une politique sur les « meilleurs intérêts », l’institut cherche, par plusieurs moyens, à maintenir une approche scientifique à la formation de la citoyenneté auprès des enfants sourds et handicapés. En 1905, l’OIED adopte le curriculum officiel des écoles publiques de la province qui promeut l’idée de ce qu’est être en « bonne santé ». Ce concept joue un rôle important dans l’«  ducation » des enfants atteints de surdité durant cette période. Peu d’études universitaires se sont concentrées sur l’OIED et celles qui existent examinent seulement l’aspect éducatif de cette institution. En fait, le rôle des discours concernant la santé, tant dans le programme officiel de l’ cole que dans l’organisation générale concernant la routine quotidienne, n’a guère été étudié. Dans une période historique où la maladie et la mort sont parties prenantes de l’enfance et que les idées véhiculées au sujet de la santé et du corps sont étroitement liées aux notions du « bon citoyen », la compréhension des discours liés à la santé visant les enfants « handicapés » peut apporter un nouveau éclairage sur la corrélation des rapports entre santé, handicap et citoyenneté. Cette étude utilise le journal de l’ cole, *The Canadian Mute*, diffusé aux élèves, aux parents et à la grande communauté des sourds entre 1904 et 1914, du matériel connexe et le curriculum de l’ cole afin de comprendre le message dominant concernant la santé, particulièrement lorsque celui-ci converge autour des questions d’handicap et de citoyenneté.

The State and the State of England's Hospitals in the later Seventeenth Century (Panel J1)

Matthew Neufeld (University of Saskatchewan)

In the spring of 1665 the English privy council ordered a national survey of hospitals. The government wanted to know to what extent the Royal Navy could use the country's existing healing institutions to care for sick and injured sailors during a war with the Dutch. The reports submitted from towns and cities from Wales to Durham to Norwich testify to their hospitals' limited role within parochially-based systems of relief; hospitals were primarily households for the otherwise homeless poor. The lack, from the State's point of view, of an adequate national hospital infrastructure was an indirect consequence of the success of the nation's precocious system of locally-managed outdoor relief: The Poor Laws. The navy was compelled over much of the seventeenth century to rely primarily on care givers working in private houses to look after its sick and wounded sailors. By essentially foisting the care of naval casualties onto local systems of outdoor poor relief, the English state forced the citizens of towns and cities to put a national good above the needs of their own sick poor.

L'État et l'état des hôpitaux en Angleterre au fin du XVIIème siècle (Panel J1)

Matthew Neufeld (University of Saskatchewan)

Au printemps 1665 le Conseil privé britannique a ordonné une enquête nationale des hôpitaux. Le gouvernement voulait savoir si la marine britannique pouvait utiliser l'infrastructure de santé existante pour soigner les marins malades et blessés pendant la guerre contre les Néerlandais. Les réponses soumises par les villes provenant de toutes les régions du pays affirment le rôle limité de leurs hôpitaux dans un système paroissial des services sociaux. Les hôpitaux étaient surtout des foyers pour les pauvres qui étaient autrement sans abri. Du point de vue de l'État, le manque d'infrastructure hospitalière nationale était une conséquence indirecte du succès de la Loi sur les pauvres, un système géré localement de secours à domicile. La marine a été obligée au cours du dix-septième siècle de se reposer essentiellement sur les fournisseurs de soins travaillant dans des logements privés. En imposant le soin des marins malades et blessés aux systèmes locaux d'aide aux démunis, l'État britannique a obligé leurs citoyens à mettre l'intérêt national au-dessus des besoins de leurs propres pauvres malades.

Wearing and Tearing: Patient Labor at Western Washington Hospital for the Insane (Panel J1)

Blaine Wickham (University of Saskatchewan)

Beginning in the late 1840s, North American mental asylums adopted work therapy ostensibly under the belief that focusing one's attention on a specific task helped distract a disordered mind. The subtleties between work and treatment, patient therapy and hospital maintenance, however, allowed administrators and politicians to exploit this model for its financial benefits. Keeping work therapy as the focus, this paper examines the program at Western Washington Hospital for the Insane from 1870 to 1920. It argues that although it was generally accepted throughout North American asylums, Western Washington superintendents wavered on whether to utilize patient labor in traditional agrarian areas or to push for industrial therapy rooms in order to teach patients locally applicable skills, even as they were increasingly under political pressure to utilize patient work in farming areas as a way to offset hospital maintenance costs.

Wearing and Tearing: Travail de patient à Western Washington Hospital for the Insane (Panel J1)

Blaine Wickham (University of Saskatchewan)

À partir de la fin des années 1840, les hôpitaux psychiatriques nord-américains ont adopté la thérapie par le travail, guidé par l'idée selon laquelle la concentration sur une tâche spécifique permettrait de distraire un esprit troublé. Pourtant, des différences subtiles entre le travail et le traitement, et entre la thérapie des patients et l'entretien des hôpitaux, ont permis aux administrateurs et aux politiciens d'exploiter ce modèle pour ses avantages financiers. Cette présentation s'intéresse au programme du Western Washington Hospital for the Insane de 1870 à 1920. Il affirme que, bien que cette pratique était généralement acceptée dans les asiles de l'Amérique du Nord, les responsables de l'Hôpital de Western Washington hésitaient à utiliser le travail des patients en milieu agricole traditionnel ou à se tourner vers des salles de thérapie industrielle afin d'enseigner aux patients des compétences locales, alors même qu'ils étaient de plus en plus sous pression politique pour utiliser le travail des patients dans les zones agricoles, afin de compenser les coûts d'entretien de l'hôpital.

“Dual diagnosis”: Place-based Services and the Administrative Separation Between Idiocy and Insanity in Ontario (Panel J1)

Tyler Hnatuk (York University)

In 1919, J.P. Downey, superintendent of the Orillia Asylum for Idiots, complained to the Ontario Provincial Secretary about applications to his institution for “admission of patients with manifest perversions, delusions and of restless or excited states,” (Ontario Sessional Papers, 52, n. 23, p. 28). Downey instructed authorities that, on their own, low scores on an intelligence scale did not warrant admission to Orillia. He attempted to clarify a division between those who are insane, and have low intelligence, versus those who are “merely feebleminded”. It was the latter group that he believed should comprise the population at Orillia. The paper’s focus on “dual diagnosis in Ontario” is meant as a device for exploring the historical organization of care services in Canada. In Canada, dual diagnosis has come to specifically refer to “an individual with a mental illness and a co-occurring developmental disability,” (Canadian Mental Health Association, “Dual Diagnosis”). This usage has its origins in advocacy efforts in Ontario aimed at securing specialized services for this group. It is primarily an artifact of the organization of Canadian care services and must be regarded as historically, politically and locally produced. While several historical treatments have traced the history of services for mental health and (less so) developmental disability in Canada, a dedicated historical analysis of the formation of this group problematized as ‘dually diagnosed’ has not been available. Following an heuristic of histories of the present this paper presents a timeline following the earliest stages in the making of this group. Drawing on my archival research of the Orillia Asylum (later called the Huronia Regional Centre), it details significant moments of the earliest Canadian administrative separations between “idiocy” and “insanity” and finds them rooted in the spawn of institutionally-based residential services increasingly targeted toward discrete categories of persons. Beyond the empirical value of tracing the history of these diagnoses and subject groupings, the analytical point to be pursued relates to the interactions between social architecture (care technologies, “place-based services”) advocacy, and the co-production of “human kinds”.

« Le double diagnostic » : Les services adaptés au milieu et la séparation administrative de l'idiotie et la folie en Ontario (Panel J1)

Tyler Hnatuk (York University)

En 1919 J.P. Downey, surintendant de l'Orillia Asylum for Idiots, s'est plaint au Secrétaire de la province (Ontario) des demandes à son institution pour « l'admission de patients ayant des perversions manifestes, souffrant de délires et d'états agité ou excité » (Ontario Sessional Papers, 52, n. 23, p. 28). Downey a informé les autorités que seuls les scores médiocres d'un test d'intelligence ne recommandaient pas l'admission à Orillia. Il a tenté de renforcer une division entre ceux qui souffrent de troubles mentaux en plus d'avoir une déficience intellectuelle, et ceux qui sont « simplement faibles d'esprit ». Seul ce dernier groupe devait selon lui être accepté à Orillia. L'emphase mise sur le « double diagnostic en Ontario » doit en principe servir d'outil pour explorer l'organisation historique des services de soins au Canada. Au Canada, le double diagnostic se réfère à « un individu qui a un trouble mental jumelé à une déficience intellectuelle » (Association canadienne pour la santé mentale, « Double diagnostic »). L'emploi de cette définition est issu des efforts d'avocats en Ontario visant à acquérir des services spécialisés pour ce groupe. Il s'agit surtout d'un artéfact de l'organisation des services de soins canadiens et devrait être vu comme étant produit historiquement, politiquement et régionalement. Alors que certaines études historiques ont tracé l'histoire des services de santé mentale et aussi (quoique moins) les déficits sur le plan du développement au Canada, une analyse historique de la formation de ce groupe expliquée sous forme de « double diagnostic » n'a pas encore vu le jour. Suivant l'heuristique des histoires du présent, cet article présente une chronique suivant les premières étapes fondatrices de ce groupe. Puisant de mes recherches d'archives de l'Asile d'Orillia (depuis rebaptisé « Le Centre régional Huronia »), cet article détaille les moments importants des premières séparations administratives entre « idiotie » et « folie ». On trouve les séparations ancrées dans le pullulement des services résidentiels en milieu institutionnel ciblant progressivement des catégories discrètes de personnes. Outre la valeur empirique de tracer l'histoire de ces diagnostics et les regroupements de sujets, l'objectif analytique se rattache à l'interaction entre les avocats de l'architecture sociale (technologies des soins de santé, les services adaptés au milieu) et la coproduction des « types humaines ».

**Institutionalised Treatments of the Past:
The Case of the Workhouse Dresden in Post-war East Germany (Panel J1)**
Markus Wahl (University of Kent)

After the Second World War, East German authorities faced a sharp rise in epidemic diseases and homeless people, forced to live in unhygienic conditions. In this initially chaotic situation, forceful measures were introduced to curb, for example, venereal diseases, which included the re-establishment of workhouses. This paper investigates one of these old and new ‘total institutions’ situated in a suburb in Dresden. Within its walls, the continuity of the past even under socialist paradigms could be identified, which included the survival of eugenic language and biased mentalities towards women. With the help of construction plans, pictures, and archival sources, this paper will expose the long-standing traditions and memories engraved into the workhouse’s walls, which influenced the experiences of the inmates and staff members postwar period alike. It will be argued that this institution served the East German authorities as deterrence for people on the outside and the conduct of social experiments on the inside. In his proposal to the town council in 1949, the workhouse’s superintendent aimed to import the outside world into the walls of the institution by introducing political education and founding branches of East German political organisations for its inmates. In demarcation to the past, he also demanded that meaningful work would be assigned to the institution. This endeavour failed not least due to the structural and organisational problems of the postwar period. In this way, the workhouse in Dresden did not differ to many similar ‘total institutions’, which in the end stored rather than reformed the social and sexual deviant. This curtailed purpose, however, served East German’s interest and state narrative that officials stated: “if the workhouse did not exist, it would have to be invented”.¹

**Soins institutionnalisés du passé:
le cas de la maison de travail de Dresde en Alle-magne de l'Est après la guerre (Panel J1)**
Markus Wahl (University of Kent)

Après la Seconde Guerre mondiale, les autorités est-allemandes étaient confrontées à une hausse importante de maladies épidémiques et de personnes sans abris vivant dans des conditions insalubres. Dans un contexte initialement chaotique, des mesures vigoureuses, y inclus le rétablissement de maisons de travail, ont été mises en avant pour réduire, pour exemple, les maladies vénériennes. Cette présentation examine une de ces anciens et nouveaux « institutions totales » situées dans une banlieue de Dresde. Malgré le nouveau paradigme socialiste, sous le toit de l'institution, une continuité avec le passé est identifiable. Cela comprenait la persistance de discours eugéniques et de mentalités sexistes. En analysant des plans de construction, des images, et des documents provenant des archives, cette présentation expose des traditions et mémoires historiques gravés sur les murs de la maison de travail qui ont déterminé les expériences des pensionnaires et des employés pendant la période après-guerre. Cette institution était utilisée par les autorités est-allemandes pour dissuader les personnes hors l'institution et pour faire de la recherche sur les populations à l'intérieur. Le directeur, dans sa proposition au conseil municipal en 1949, voulait importé le monde extérieur dans l'institution en introduisant l'éducation politique et en établissant des branches d'organisations politiques est-allemandes. Contrairement au passé il a aussi demandé que l'institution soit fournie de travail significatif. Cet effort a échoué en partie à cause des problèmes structurels et organisationnels de l'après-guerre. Ainsi, la maison de travail en Dresde était semblable à d'autres « institutions totales » qui avant tout entreposaient et non réformaient le déviant sexuel et social. Néanmoins son but tronqué servait l'intérêt et le récit de l'État est-allemand. Les fonctionnaires après tout déclaraient: « si la maison de travail n'existait pas, il faudrait l'inventer ».²

¹ “wenn das Arbeitshaus nicht bestünde, müßte es erfunden werden [sic]”. ‘Protokoll über die Sitzung der Kommission zur Prüfung der Frage der Beibehaltung des Arbeitshauses, 1. Januar 1946’: BArch-SAPMO, DP 1/6935, unpaginated.

² “wenn das Arbeitshaus nicht bestünde, müßte es erfunden werden [sic]”. ‘Protokoll über die Sitzung der Kommission zur Prüfung der Frage der Beibehaltung des Arbeitshauses, 1. Janvier 1946’: BArch-SAPMO, DP 1/6935, non paginé.

END | FIN