



**Canadian Society for the History of Medicine
Société canadienne d'histoire de la médecine**

**Canadian Association for the History of Nursing
Association canadienne pour l'histoire du nursing**

Annual Meeting / Congrès annuel

**Saturday June 1 to Monday June 3 2013
Le samedi 1 juin au le lundi 3 juin 2013**



CSHM / CAHN ANNUAL MEETING PROGRAM 1- 3 June 2013

SCHM/ACHN CONGRÈS ANNUEL PROGRAMME 1-3 juin 2013

The meeting is an accredited group learning activity for physicians that provides up to 16 hours of Continuing Education. Approved by Queen's University.

PreConference Friday May 31

5:00 - 6:00 pm - Nursing Uniform Costume Event, Maltwood Gallery, McPherson Library, University of Victoria campus

Unless noted otherwise, all sessions will take place in the Engineering and Computer Science Building (ECS)

Board Meetings Friday May 31

CSHM – Room ECS 130 7:00 – 9:00 pm

CAHN – Room ECS 128 7:00 – 9:00 pm

DAY 1: Saturday June 1

8:00 - 8:45 Coffee/ Pause-café

8:45 - 9:00 Opening remarks / Discours préliminaire d'ouverture ECS 116

9:00 - 10:30 Concurrent sessions / Séances simultanées (3)

Session 1 Early Nursing ECS 116

Chair/Présidence: Judith Young (Independent Scholar)

"Neither Showy nor Shabby: The Dilemma of Private Duty Nursing," Tina Bates, (Canadian Museum of Civilization)

"The Founder of Modern Nursing Reconsidered," Carol Helmstadter (Independent Scholar, Toronto)

"From "Silly Nurses" to "Indispensably Necessary": The Evolution of British Military Nursing 1763-1815," Erin Spinney (University of Saskatchewan)*

Session 2 Nutrition Politics ECS 125

Chair/Présidence: Sasha Mullally (*University of New Brunswick*)

"L'émergence de politiques nutritionnelles au Québec, 1936-1977," François Guérard (*Université du Québec à Chicoutimi*)

"The Food Mail Program, Nutrition North, Indian Policy and the Canadian North, 1960-2010," Travis Hay and Kristin Burnett (*Lakehead University*)

"Selling Breakfast: Commercialization and Nutritional Policy since the Second World War," Thomas Wendelboe* (*University of Waterloo*)

Session 3 Nursing Work Engineering Office Wing 430

Chair/Présidence: Jayne Elliott (*University of Ottawa*)

"From Prohibited Taboo to Controversial Professional Practice: Historical Perspectives of Canadian Nurses and Their Abortion Work," Catherine Haney* (*University of British Columbia*)

"Nurses and Nation-States: The Transnational Migration of European Nurses, 1945-1968," Kathryn McPherson (*York University*)

"Situating Technology: Intensive Care Nursing in Canada 1960-2002," Brandi Vanderspank-Wright* (*University of Ottawa*)

10:30 - 10:45 Coffee / Pause-café

10:45 - 12:00 Hannah Lecture ECS 116

Chair/Présidence: Beverley Hicks

"Disasters, Nursing, and Community Responses: A Historical Perspective,"
Barbra Mann Wall (*University of Pennsylvania*)

12:00 - 1:00 Graduate Student Lunch / Déjeuner **Cadboro Commons (2nd Floor)**

1:00 - 3:00 Concurrent sessions / Séances simultanées (3)

Session 4 Addictions ECS 116

Chair/Présidence: Cheryl Krasnick Warsh (*Vancouver Island University*)

"The Cold War on Alcoholism: Gender, Politics and the Shaping of American Alcoholism, 1950-1965," Tess Lanzarotta* (*Yale University*)

"Habitual risk: Insurance, Professional Authority and the Medicalization of Addiction in the Nineteenth Century," Dan Malleck (*Brock University*)

"Cancer, Conservatism, and Heroin: The Debate over Heroin Pain Relief Treatment for Terminally Ill Patients during Reagan's War on Drugs," Lucas Richert (*University of Saskatchewan*)

Session 5 Work and Embodiments of Disability ECS 125

Chair/Présidence: Pat Danforth (*British Columbia Coalition for Persons with Disabilities*)

"'So That They May be Useful': Negotiating Childhood Disability in an 18th Century Institution," Ashley Mathisen (*University of Guelph*)

"Training the 'Able Disabled': Rehabilitation, Awareness, and the Pursuit of Employability in Canada, 1970-1990," Dustin Galer* (*University of Toronto*)

"From Blasting Powder to Tomato Pickles: Patient Labour at Provincial Mental Hospitals in British Columbia, 1885-1920," Kathryn McKay* (*Simon Fraser University*)

Discussant: Pat Danforth (*British Columbia Coalition for Persons with Disabilities*)

Session 6 Mental Disease and Disorder Engineering Office Wing 430

Chair/Présidence: Barbara Brookes (*University of Otago*)

"Sensational and lurid, overstressed and overstated, distorted, lopsided, unobjective, and unfair': Debating Don LeBourdais's 'Canada's Shame' in Manitoba in 1947," Chris Dooley (*University of Winnipeg*)

"Nurses and Fever Therapy Unit at the Ontario Hospital, Toronto 1940-1951," Thomas Foth and Mary Connell (*University of Ottawa*)

"War and the Brain: Epilepsy, Vertigo, and Insanity in the 18th Century Army," Tabitha Marshall (*Independent scholar*)

"Après Foucault: Questionnements théoriques et méthodologiques sur l'histoire de la folie," Marie-Claude Thifault et Isabelle Perreault (*Université d'Ottawa*)

3:00 - 3:15 Coffee / Pause-café

3:15 - 4:45 Concurrent sessions / Séances simultanées (3)

Session 7 Negotiating Cultures of Medicine ECS 116

Chair/Présidence Kristin Burnett (*Lakehead University*)

"Relationship Between the Grenfell Mission and the Inuit-Metis of Southern Labrador, 1939-81," Heidi Coombs-Thorne (*Memorial University of Newfoundland*)

"There is a soul-sickness at the bottom of it all": Indigenous Encounters with Protestant Medical Missionaries on the North-central Coast of British Columbia, 1880-1930," Alice Huang* (*Simon Fraser University*)

"Generational Discourses of Death in the Thessalon Agency," Leah Wiener* (*Simon Fraser University*)

Session 8 Medieval Medicine ECS 125

Chair/Présidence: James Hanley (*University of Winnipeg*)

"'For the compassion that I haue of the poore people': Intended versus Potential Audiences for Contagious Disease Tracts in Late Medieval and Early Modern England," Lori Jones* (*University of Ottawa*)

"Religion as Medicine: Pilgrimages, Shrines, Relics in Medieval Times," Jenny Millar* (*University of London*)

"Sex-Ed for the Medieval Masses: Henry Daniel's Vernacular Medicine," Sarah Star* (*University of Toronto*)

Session 9 Charitable Organizations Engineering Office Wing 430

Chair/Présidence: Greg Marchildon (*University of Regina*)

"L'histoire du don d'organes au Québec de 1958 à 2010," Philippe Desmarais* (*Université du Québec à Montréal*)

"'That They May Live': Symbolic Sacrifice and the Success of the Canadian Red Cross National Blood Donor Service, 1940-1945," Sarah Glassford (*University of Prince Edward Island*)

"Provincial Paramedics: The Birmingham Chapter of the Royal Humane Society, c.1800-1850," Jonathan Reinartz (*University of Birmingham*)

4:45 - 6:00 **CSHM Annual General Meeting ECS 116**

Dinner on your own

Day 2: Sunday June 2

8:30 - 9:00 Coffee / Pause-café

9:00 - 10:30 Concurrent sessions / Séances simultanées (3)

Session 10 Regulating Buildings and Bodies ECS 116

Chair/Présidence: Barbara Brookes (*University of Otago*)

"Lodgers and Their Houses: Constructing Regulations in Victorian England and Wales," James Hanley (*University of Winnipeg*)

"Planning for the Patient: Gordon A Friesen, Patient-centred Care and Automation," David Theodore* (*Harvard University*)

"More Than Making a Place for Ourselves': The Black Hospital Movement in Detroit, 1910-1930," Michael Aloisio* (*University of Western Ontario*)

Session 11 Therapeutic Arts and Crafts: Creativity, Medicine and Productive Citizenship ECS 108

Chair/Présidence: Chris Dooley (*University of Winnipeg*)

"Creativity, Convivial Craft, or Cultural Citizenship? Art and Craft from a Therapeutic Perspective in Post-war New Zealand," Bronwyn Labrum (*Massey University, New Zealand*)

"Doctor in Homespun: Weaving legacies of Health in Interwar Massachusetts," Sasha Mullally (*University of New Brunswick*)

"The Craft of Healing: Jessie Luther in early 20th Newfoundland and Labrador," Susan Cahill (*Nipissing University*)

Session 12 Midwifery and Childbirth Engineering Office Wing 430

Chair/Présidence: Shannon Stettner (*York University*)

"A Martyrdom of Misery': Women's Attitudes toward Pregnancy and Childbearing in Late 19th and early 20th C English Canada," Whitney Wood* (*Wilfrid Laurier University*)

"All there is to know' in the Art of Midwifery: Models and Midwives in 18th-C Italy," Lucia Dacome (*University of Toronto*)

10:30 - 11:00 Coffee / Pause-café

11:00 - 12:15 Paterson Lecture ECS 116

Chair/Présidence: Susanne Klausen (Carleton University)

“Prison Hunger Strikes, Medical Ethics, and Globalizing the Anti-Apartheid Struggle”

Nayan Shah (Professor and Chair of the Department of American Studies and Ethnicity, *University of Southern California*)

12:15 - 1:30 Lunch **CAHN Annual General Meeting ECS 116**

1:30 - 3:30 Concurrent sessions / Séances simultanées (3)

Session 13 Marketing Health ECS 116

Chair/Présidence: Kathryn McPherson (York University)

“Aspirine arrête la douleur vite!’ Souffrance et soulagement dans les publicités pour Aspirine au Québec, 1920-1970,” Denyse Baillargeon (*Université de Montréal*)

“Branding, Educating, and Motivating’: ParticipACTION, Social Marketing, and a Created Crisis of National Health, 1971-2001,” Victoria Lamb Drover* (*University of Saskatchewan*)

“Publicizing Prevention: The Health League of Canada and Immunization, 1933-1977,” Heather MacDougall (*University of Waterloo*)

« ‘Déposer des germes de prudence’ : Les mesures de la lutte antituberculeuse montréalaise visant l’enfance, 1900-1950 », Marie-Hélène Vanier* (*Université Concordia*)

Session 14 Surgery ECS 108

Chair/Présidence: Shelley McKellar (University of Western Ontario)

“A Cut Above the Rest: Psychosurgery Techniques in Ontario, 1941-1965,” Brianne M. Collins* (*University of Calgary*)

“Making Bad Boys Good’: Surgery for Juvenile Delinquents during the Progressive Area, Delia Gavrus (*McGill University*)

“On the Edge of Normal: Doctors, Cosmetic Surgery, and Patient Agency in 20th Century Canada,” Tracy Penny Light (*University of Waterloo*)

“Reproductive Responsibility, Evolving Techniques, and Changing Masculinities: Charting the History of Vasectomy in Canada,” Sarah Shropshire* (*University of Guelph*)

Session 15 Health, Place, and Service Delivery Engineering Office Wing 430

Chair/Présidence: Geoffrey Hudson (*Northern Ontario School of Medicine*)

"Rivalry at the Lakehead: Municipal Politics and Healthcare in Northwestern Ontario," Dana Walsh* (*Lakehead University*)

"Getting out of Control? The Renegotiation of Nursing Practice in the Maritimes," Peter Twohig (*St. Mary's University*)

"Last Province Aboard: New Brunswick and National Medicare," Greg Marchildon (*University of Regina*) and Nicole O'Byrne (*University of New Brunswick*)

"Les théories du *care* et les défis de la communautarisation: Une vision de changement," Sandra Harrisson* (*Université d'Ottawa*)

3:30 - 3:45 Coffee / Pause-café

3:45 - 5:15 Concurrent sessions / Séances simultanées (3)

Session 16 The Colour Bar: Fighting Prejudice in Medical Professionalization ECS 116

Chair/Présidence: Peter Twohig (*St. Mary's University*)

"The Queen's Jews: Race, Religion and Change in 20th-C Canada," Jacalyn Duffin (*Queen's University*)

"West Indian Medical Students Combat the 'Colour Bar' at Queen's and McGill during the First World War," Paula Hastings (*University of Toronto at Scarborough*)

"'This student's arrival gave me a bad shock': Black Nurses at the School of Nursing, University of Toronto 1937-1947, Judith Young (*Independent Scholar*)

Session 17 Genetics ECS 108

Chair/Présidence: James Moran (*University of Prince Edward Island*)

"The Question of Inheritance in Schizophrenia: Clinical Observations vs. Molecular Genetics," Judith Friedman (*National Institutes of Health*)

"Rational Reproduction: Disability in the History of Genetic Counseling," Adam Turner* (*University of Oregon*)

Session 18 Making Our Stories Known Engineering Office Wing 430

Chair/Présidence: Jayne Elliott (University of Ottawa)

"Toward a Collective Biography of Nurse Casualties of the First World War," Dianne Dodd (*Parks Canada*)

"Past and Present Oral Histories Examine Challenges Faced by the Nurse in Canada's North," Sheila Zerr (*University of British Columbia*) and Pertice Moffitt (*Aurora Research Institute*)

5:30 – 6:30 CSHM Book Launch and Champagne Reception/lancement de livre SCHM avec réception et champagne – ECS lobby 101 B

6:30 – 9:00 Dinner: University Club at the University of Victoria

Day 3 Monday June 3

8:30 - 9:00 Coffee / Pause-café

9:00 - 11:00 Concurrent sessions / Séances simultanées (3)

Session 19 Fluid Objects Panel (Joint Session with Canadian Society for History and Philosophy of Science) ECS 125

Chair/Présidence: Delia Gavrus (McGill University)

"Fluid Objects and Unruly Things: Experimenting with Living Animals and Humans in Nineteenth-Century Nutrition Physiology," Elizabeth Newsweld (*Brock University*)

"Physiological Aesthetics: Experimentalizing Life and Art in Fin-de-Siècle Europe," Robert Brain (*University of British Columbia*)

"Ousting Researchers and Transferring Things: On the Conditions of Neurophysiological Research in German-Speaking Refugee Neuroscientists in North-America, 1933 to 1963," Frank Stahnisch (*University of Calgary*)

Discussant: Delia Gavrus (*McGill University*)

Session 20 Health Activism in 20th Century North America Engineering Office Wing 430

Chair/Présidence: Heather MacDougall (*University of Waterloo*)

"From Moscow with Love: Soviet Medicine and Interwar Health Activism in Canada," Esyllt Jones (*University of Manitoba*)

"The Fight for Medicaid in Arizona: A Case of State-Based Activism for Health Care Rights in the United States," Beatrix Hoffman (*Northern Illinois University*)

"To care for nurses is to care for patients': Patient Advocacy and the Manitoba Nurses Union," Heather Graham* (*University of Manitoba*)

"A Crisis in Disability Advocacy: Bill 188 in Ontario, 1979," Geoff Hudson (*Northern Ontario School of Medicine*)

Session 21 Educating Medical Professionals ECS 123

Chair/Présidence: Jacalyn Duffin (*Queen's University*)

"L'essor de la profession médicale dans le Rio de la Plata au 19^{ème} siècle vu à travers les actions des médecins lors des crises épidémiques," Nancy Gonzalez-Salazar* (*l'École des hautes études en sciences sociales, France*)

"'Infiltrating Medical Education': The History of the Hannah Chairs," Jennifer Kwan* (*Queen's University*)

"No Fault of their Own": The Erickson Educational Foundation's Educational Campaigns, 1971-1975," Nicholas Matte* (*University of Toronto*)

"Unravelling on the Edges: Reflections on Collaborative Nursing Education in BC, 1989-2012," Lynne Young and Margaret Scaia (*University of Victoria*)

11:00 - 12:00 CSHM Presidents' Address ECS 125

Chair/Présidence: James Moran (*University of Prince Edward Island*)

"The Trial the World is Watching': The 1972 Prosecution of Medical Abortionist Dr. Dirk Crichton in Apartheid South Africa," Susanne Klausen (*Carleton University*)

12:00 Segal Prize Announcement and Concluding Remarks / Prix Segal et mot de la fin

* indicates eligibility for Segal prize / indique l'admissibilité au prix Segal

Les Sociétés remercient l'organisme Associated Medical Services Inc. et la Fédération canadienne des sciences humaines pour leur généreux soutien financier.

The Societies thank Associated Medical Services Inc. and the Canadian Federation for the Humanities and Social Sciences for their generous financial support.

3:00 - 4:30 Historic Walking Tour of Downtown Victoria

Abstracts / Les résumés

Hannah Lecture Saturday 1 June, 10:45 – 12:00 / le samedi 1 juin, 10 h 45 à 12 h 00 (ECS 116)



Barbra Mann Wall, “Disasters, Nursing, and Community Responses: A Historical Perspective

This historical paper analyses past disaster responses, community strategies, and nurses’ roles as participants and leaders. Relying on primary and secondary sources in archives and journals, it will be shown that as nurses dealt with massive destruction and death, they did so in ways that restored a sense of order in the aftermath of a chaotic tragedy. Yet more was going on: as the paper probes the disasters’ origins and their catastrophic courses, it also reveals the importance of healing stories, how professional boundaries blurred, and how racial pathologizing informed community responses. The paper concludes with lessons nurses can take from examining disasters from a historical perspective.

Cette présentation se propose d’analyser dans une perspective historique les réponses et les stratégies communautaires déployées en contexte de catastrophe ainsi que les rôles joués par les infirmier/ères dans ce cadre, à la fois comme intervenant(e)s et leaders. Reposant sur des sources primaires (archives et presse) et secondaires, il est question de montrer que ces infirmier/ères, quand ils/elles durent composer avec des situations de destruction et de morts massives, le firent de façon à restaurer une certaine forme d’ordre au lendemain de telles tragédies. Mais il est aussi question de montrer davantage : en explorant les origines de ces désastres et leur cours catastrophique, il s’agit de mettre en relief l’importance des histoires de guérison, comment les frontières professionnelles se brouillèrent dans ce genre de circonstances et comment des formes de pathologisation raciale eurent un effet sur les réponses communautaires qui y furent apportées. En conclusion on reviendra sur les leçons que les infirmier/ères seraient susceptibles de tirer d’une analyse historique de ces désastres passés.

Dr. Barbra Mann Wall is an Associate Professor of Nursing and the Associate Director of the Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing at the University of Pennsylvania. She received her BS in Nursing from the University of Texas at Austin, her MS in Nursing from Texas Woman’s University, and her PhD in History from the University of Notre Dame. She has been funded by the National Institutes of Health and private grants. Her award-winning book, *Unlikely Entrepreneurs: Catholic Sisters and the Hospital Marketplace, 1865-1925*, integrated history and nursing practice to inform how America’s two-tiered approach to health delivery (private and public) served a diverse American populace. Her edited book, with Dr. Arlene Keeling, *Nurses on the Front Line: When Disaster Strikes, 1878-2010*, recently won the Mary Roberts award as the Best Edited Book from the American Association for the History of Nursing.

Paterson Lecture Sunday 2 June, 11:00 – 12:15/ le dimanche 2 juin 11 h 00 à 12 h 15 (ECS 116)

Nayan Shah, “Prison Hunger Strikes, Medical Ethics, and Globalizing the Anti-Apartheid Struggle”

In 1989 more than 700 South African political prisoners went on indefinite hunger strike to protest their detention. The unprecedented scale forced the South African government to release hundreds of incapacitated prisoners into public hospitals and enabled the active intervention of progressive medical professionals, social workers and human rights lawyers. The presentation explores the widespread impact of these events in galvanizing the anti-apartheid struggle, energizing international human rights organizations and propelling the new international medical protocols on the ethical care of political prisoners on hunger strike.



En 1989, plus de 700 prisonniers politiques sud-africains commencèrent une grève de la faim illimitée pour protester contre leur détention. L’ampleur inédite de ce mouvement força le gouvernement d’Afrique du Sud à déplacer vers des hôpitaux publics des centaines de prisonniers souffrants et permit par la même une intervention

active auprès d'eux non seulement de professionnels de la santé progressistes et de travailleurs sociaux mais également de juristes spécialisés dans les droits humains. La présente conférence veut analyser la portée, large, de ces événements dans le renforcement de la lutte anti-apartheid, dans la dynamisation d'organisations internationales de défense des droits humains, ainsi que dans la mise en avant de nouveaux protocoles médicaux internationaux encadrant la dispensation de soins éthiques auprès des prisonniers politiques en grève de la faim.

Nayan Shah is Professor and Chair of the Department of American Studies and Ethnicity at the University of Southern California. He is the author of *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown* (University of California Press, 2001) and *Stranger Intimacy: Contesting Race, Sexuality and Law in the North American West* (University of California Press, 2011), which was awarded the Norris and Carol Hundley Prize by the American Historical Association Pacific Branch for the most distinguished book on any historical subject. Since 2011 Shah is co-editor with Beth Freeman of *GLQ: The Journal of Lesbian and Gay Studies*. His new research examines medical ethics, hunger strikes and social justice movements in the US, South Africa and India in the 20th century.

President's Lecture Monday 3 June 11:00 – 12:00 / le lundi 3 juin 11 h 00 à 12 h 00 (ECS 125)

Susanne Klausen, Carleton University

“The Trial the World is Watching’: The 1972 Prosecution of Medical Abortions Dr. Dirk Crichton in Apartheid South Africa”



In November 1972 a spectacular trial occurred in South African Supreme Court that placed clandestine abortion on the front pages of the country's newspapers. Two extraordinary men were prosecuted for conspiring to perform illegal abortions on 26 white teenagers and young unmarried women, one an eminent and renowned doctor, the other a non-medical abortionist. The trial attracted widespread attention in (white) South Africa and was perceived by legal experts as another test of the judiciary's stance on the common law on abortion. It was a sensational event that encapsulated a great deal about the battle over abortion that was taking place in the country at the time and provides insight into apartheid culture's puritanical yet prurient obsession with sex. Ultimately the trial is significant for the role it played in spurring the production in 1975 of South Africa's first statutory law on abortion, extremely restrictive legislation aimed at policing white women's reproductive sexuality and doctors.

En novembre 1972 s'ouvrait un procès à grand spectacle auprès de la Cour suprême sud-africaine entraînant une médiatisation sans précédent de la question de l'avortement clandestin. Deux hommes étaient alors poursuivis pour avoir procédé à des avortements illégaux sur 26 adolescentes et jeunes femmes célibataires blanches: l'un était un médecin renommé, l'autre un avorteur sans diplôme de médecin. Le procès attira largement l'attention de l'Afrique du Sud blanche; il fut perçu par les experts judiciaires du pays comme étant un énième test de la position du monde juridique sur le droit coutumier à l'avortement. Ce procès constitua un événement sensationnel mais qu'il faut en même temps replacer dans une période de débat intense autour de l'avortement dans le pays; il permet également de mieux saisir la culture puritaine de l'apartheid - doublée d'une obsession lascive pour le sexe. Reste que ce procès est aussi significatif en cela qu'il a constitué un aiguillon indéniable dans la production de la première loi statutaire sud-africaine sur l'avortement, un texte extrêmement restrictif dont l'objectif premier était de réglementer la sexualité reproductive des femmes blanches et l'intervention médicale.

Special Joint Panel with the Canadian Society for History and Philosophy of Science

Monday 3 June, 9:00 – 11:00 / le lundi 3 juin, 9 h 00 à 11 h 00 (ECS 125)

Session 19 - Experimenting with “Fluid Objects” in Late Nineteenth- and Early Twentieth-Century Laboratory Physiology

This mutual panel for the Canadian Society for the History and Philosophy of Science (CSHPS) and the Canadian History of Medicine Society (CSHM) explores an important issue in the history of modern biomedical science, namely that of the “fluid nature” of both scientific objects and experimental practices in the research laboratories which emerged in institutes of physiology and pathology—as well as in clinical medical departments— during the latter half of the nineteenth and the early twentieth century. “Fluid objects,” to use a notion from Hans-Joerg Rheinberger, somewhat builds the interface between scientific representations and research-oriented interventions; they may be visible entities or invisible assumptions, models or instruments, among other things. Notions such as “humoural fluids,” “microscopic traces” or “point values”— as they became introduced into the experimental physiological laboratories during the nineteenth century – were among the working units and test objects of the experimental systems in physiological, pathological and clinical laboratories. They also constituted the research trends as well as the constraints of experimental practice in medicine and biology. From multiple disciplinary and interdisciplinary perspectives, informed by case studies from France, Germany, the United States and Canada, this panel seeks to address the history of research on *fluid objects and scientific notions*, as these accompanied the emergence of the new experimental approaches of the research laboratories in the late nineteenth century and early twentieth century. Furthermore, this panel places historiographical investigations in the wider context of hospital-based research, the migration of physicians and scientists, along with the inspirations from material and conceptual resources that avant-garde painters and poets received in the arts from the emerging field of the modern life sciences.

Expérimenter avec des «objets fluides» dans la physiologie laboratoire, à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle

Cette session dans le cadre de La Société canadienne d’histoire et de philosophie des sciences (SCHPS) et de La Société canadienne d’histoire de la médecine (SCHM), a pour but d’explorer un sujet important de l’histoire de la science biomédicale moderne. Particulièrement, elle vise à explorer “la nature fluide” des objets scientifiques de même que les pratiques expérimentales dans les laboratoires de recherche d’instituts de physiologie et de pathologie – ainsi que dans les cliniques médicales – à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle. “Les objets fluides”, pour reprendre l’expression de Hans-Joerg Rheinberger, établissent un point de contact entre les représentations scientifiques et les interventions de la recherche; ils peuvent prendre la forme d’entités visibles ou de suppositions invisibles, par exemple à titre de modèles ou des instruments. Les concepts “d’humeurs fluides,” “de traces microscopiques” ou “de *point value*” – au moment où ils se développèrent dans les laboratoires physiologiques expérimentaux pendant le XXe siècle – furent l’objet d’investigation des systèmes expérimentaux en laboratoires physiologiques, pathologiques et cliniques. Ils ont à la fois constitué les modes de recherche et les contraintes de la pratique expérimentale en médecine et en biologie. Sur la base de perspectives multidisciplinaires et interdisciplinaires, grâce à des études de pointe provenant de la France, de l’Allemagne, des États-Unis et du Canada, ce panel scientifique aborde l’historiographie de la recherche sur les *objets fluides et les concepts scientifiques*. Ces modes de recherche ont accompagné l’émergence des nouvelles démarches de la recherche en laboratoire au tournant du XXe siècle. En outre, ce panel situe la recherche historiographique dans un contexte élargi de recherche clinique-médicale, en considérant, par exemple, la migration des médecins et chercheurs, mais aussi les sources d’inspirations provenant de ressources matérielles et conceptuelles diverses, particulièrement celles dont les peintres et les poètes de l’avant-garde artistique ont tirées du champ des sciences de la vie moderne.

Panelists: (see abstract booklet under individual authors for more information)

Elizabeth Newsweld (*Brock University*), “Fluid Objects and Unruly Things: Experimenting with Living Animals and Humans in Nineteenth-Century Nutrition Physiology”

Robert Brain (*University of British Columbia*), “Physiological Aesthetics: Experimentalizing Life and Art in Fin-de-Siècle Europe”

Frank Stahnisch (*University of Calgary*), “Ousting Researchers and Transferring Things: On the Conditions of Neurophysiological Research in German-Speaking Refugee Neuroscientists in North-America, 1933 to 1963”

Discussant: Delia Gavrus (*McGill University*)

Michael Alosio*: “More Than Making a Place for Ourselves: The Black Hospital Movement and Health Activism in Detroit, 1910-1930”

How did African Americans in the first part of the 20th century respond to the challenges of a dwindling population of black medical professionals, soaring rates of disease and death, and a paucity of healthcare options? Focusing predominantly on black medical professionals, Vanessa Northington Gamble and other scholars argue that the response was a “Black Hospital Movement,” a strategy of long term racial uplift by growing the population of African American doctors and nurses and building up the network of black-controlled hospitals. However, my research suggests that a re-examination may be needed. Using Detroit between the years 1910 and 1930 as a case study, and drawing from the Detroit Urban League Papers, the John C. Dancy Papers, and Detroit city archival records, I argue that any hospital movement is best relocated within a larger pattern of health activism built around education and outreach as much as institution-building that saw black health inextricably linked to civil rights, social justice, and racial progress. African American leaders recognized that health had a public, political dimension to it. Certainly there was the frenzy of hospital building in Detroit, with Dunbar Memorial Hospital being the most ambitious example. But black Detroiters were not just building hospitals; they were also setting up social work programs and public awareness campaigns, beefing up Detroit’s participation in National Negro Health Week, and working to make black Detroit a stakeholder in any city-wide health initiatives. Much of this was done through John Dancy and the Detroit Urban League and done with an eye towards changing the ways African Americans thought about their own health and the ways Detroit’s whites thought about black health. Black leaders, certainly in Detroit and likely elsewhere, understood that the image of the broken and inferior black body worked against them and that statistics showing the generally poor condition of individual black bodies only gave this image traction. Too much sickness undercut any project for racial uplift or equality. Better health and the appearance of such, then, becomes central to racial progress and a key piece of a longer and more robust civil rights movement.

« Exiger davantage que sa place au soleil : les revendications d’hôpitaux pour les Noirs et le militantisme pour les soins de santé à Détroit, de 1910 à 1930 »

Comment les Afro-Américains de la première partie du XX^e siècle ont-ils fait face aux défis découlant de la décroissance du nombre de Noirs parmi les professionnels de la santé, de la prévalence accrue des maladies et des décès parmi ce groupe, et de la pénurie de solutions en matière de soins de santé? À cet égard, Vanessa Northington Gamble et d’autres universitaires s’intéressent particulièrement aux professionnels de la santé de race noire. Ils sont convaincus que la réponse s’incarne dans les revendications d’hôpitaux pour les Noirs (Black Hospital Movement), lesquelles s’inscrivaient dans une stratégie de progrès racial à long terme visant à accroître le nombre d’infirmières et de médecins afro-américains, et à mettre sur pied un réseau hospitalier dont la responsabilité serait assumée par les Noirs. Toutefois, mes propres recherches suggèrent un réexamen de ces assertions. En effet, en ciblant la ville de Détroit des années 1910 à 1930 dans le cadre de mes travaux, et en me basant sur divers documents de John C. Dancy et de la Detroit Urban League, ainsi que sur des archives de la ville de Détroit, je soutiens qu’il serait plus pertinent de situer tout mouvement de revendication d’hôpitaux dans une

perspective plus globale, c'est-à-dire celle du militantisme pour les soins de santé, lequel était fondé sur l'éducation et la sensibilisation, d'une part, mais aussi sur le renforcement des institutions, où la santé des Noirs serait intimement liée aux progrès réalisés sur le plan des droits civils, de la justice sociale et du racisme. De fait, les leaders afro-américains étaient conscients que la santé revêtait une dimension publique et politique. Il est vrai que les hôpitaux se construisaient avec une certaine frénésie à Détroit à cette époque, et le Dunbar Memorial Hospital en est sans doute l'exemple le plus manifeste. Néanmoins, les Noirs de Détroit ne construisaient pas que des hôpitaux : ils mettaient aussi sur pied des initiatives de travail social et des campagnes publiques de sensibilisation, consolidant ainsi l'implication de Détroit à l'occasion de la Semaine nationale de la santé des Noirs (National Negro Health Week) tout en favorisant la participation active du mouvement des Noirs de Détroit à toutes les initiatives de santé qui y avaient cours. Une bonne part de tout cela a été accompli grâce au concours de John Dancy et de la Detroit Urban League, dans l'optique de faire changer la perception qu'avaient les Afro-Américains de leur propre santé, de même que la perspective des Blancs de Détroit à cet égard. Il ne fait pas de doute que les leaders noirs – à Détroit et probablement ailleurs – avaient compris que l'image physique affaiblie et inférieure des Noirs jouait contre eux, et que les statistiques illustrant généralement le piètre état de santé des Noirs ne faisaient que renforcer cette image. La trop forte prévalence de maladie s'avère certainement défavorable à tout projet de progrès ou d'égalité sur le plan racial. Par conséquent, la santé et la mise en valeur de cette dernière deviennent donc un pilier central des avancées raciales, et constituent l'une des pièces maîtresses d'un mouvement élargi et plus solide pour les droits civils.

Denyse Baillargeon : « Aspirine arrête la douleur vite ! ». Souffrance et soulagement dans les publicités pour Aspirine au Québec, 1920-1970 »

Comme l'a déjà noté l'anthropologue David Le Breton, parmi d'autres, la douleur ne peut s'étudier en dehors du sens que les sociétés lui accordent celui-ci renvoyant, entre autres, aux moyens disponibles pour la contrôler (Le Breton, 2006). C'est ainsi qu'à compter du 19^e siècle, alors que la médecine et la pharmacologie connaissent des avancées importantes, la douleur, longtemps considérée comme le destin inéluctable de tout être humain, devient un mal à combattre plutôt qu'une fatalité à supporter. Comme le montre Jan R. McTavish, la mise en marché d'antalgiques, comme l'Aspirine, représente d'ailleurs un épisode marquant dans l'histoire de la maîtrise de la douleur provoquée par des maux courants, souvent bénins, mais aussi très incapacitants, comme le mal de tête (McTavish, 2004). Cette communication qui entend se pencher sur les campagnes publicitaires pour Aspirine (pour adultes et pour enfants) diffusées dans une dizaine de périodiques québécois entre 1920 et 1970 (quotidiens, hebdomadaires et magazines, francophones et anglophones) veut contribuer à l'étude de l'attitudes sociétés occidentales à l'égard de la douleur en examinant de manière plus approfondie leur discours sur cette question. Si, désormais, on convient qu'il est inutile de souffrir quand on peut l'éviter, si, à la suite de Buytendijk (cité dans Le Breton, p. 165), on peut parler du 20^e siècle comme du siècle de l'algophobie, il reste en effet que le discours antidouleur est aussi empreint d'inflexions et de nuances, notamment en fonction de l'âge et du genre, qu'il convient d'examiner. Comment la douleur est-elle représentée dans ces publicités ? Selon la rhétorique publicitaire, dans quelles conditions celle-ci devait-elle être traitée et à quelles fins (meilleur bien-être physique et mental, meilleures relations interpersonnelles ou familiales, productivité au travail, croissance infantile « normale », réussite scolaire, participation à des loisirs, etc.) ? Quel discours spécifique la publicité adressait-elle aux hommes et aux femmes et tenait-elle à propos des enfants ? Voilà en essence les questions auxquelles cette communication entend répondre.

As already noted by anthropologist David Le Breton, among others, pain cannot be studied apart from the meaning that societies accord, among others, to the means available for its control (Le Breton, 2006). Thus, from the 19th century, when knowledge of medicine and pharmacology made important advances, pain, long considered the inescapable destiny of being human, became an evil to combat rather than an inevitability to bear. As Jan R. McTavish has shown, putting analgesics like Aspirin on the market represented an important episode in the history of mastering pain produced by common ailments, often benign but at the same time very incapacitating, like headaches. (McTavish, 2004) This paper, which studies the advertising campaigns for Aspirin (for adults and children) spread over a dozen Quebec periodicals between 1920 and 1970 (daily and weekly newspapers, French

and English magazines), will contribute to the study of Western societal attitudes regarding pain by thoroughly examining the discourses around this question. If, from then on, we agreed that suffering was unnecessary when it could be avoided and if, following Buytendijk (cited in Le Breton, p. 165) we can talk about the 20th century as the century of the fear of suffering, it is indeed true that the anti-pain discourse is also loaded with inflexions and nuances, notably according to age and gender, that have to be addressed. How was pain represented in this advertising? According to the advertising, under what conditions should it be treated and for what purposes (better mental and physical health, better interpersonal and family relations, work productivity, normal infant development, success at school, participation in leisure activities, etc)? What specific discourse was addressed to men and to women and what did it say about children? This paper will address these questions.

Bibliographie

Buytendijk, F.J.J. *De la douleur*, Paris, PUD, 1951.

Le Breton, Daniel. *Anthropologie de la douleur*, Paris Métailié, 2006 [1995].

McTavish, Jan R. *Pain & Profits. The History of the Headache and its Remedies in America*, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 2004.

Christina Bates : “Neither Showy nor Shabby’: The Dilemma of Private-Duty Nursing”

Most nurses who graduated from hospital nursing schools worked outside the hospital for private patients until the 1940s when health care shifted from home to hospital. Much less is known about private duty nursing (as it was called) than hospital or public health practice. Private-duty nurses’ position in the households of the middle- to upper-class patients for whom they worked was ambiguous; they were caught between being professional practitioners, and subservient to the doctor and family members. This paper will explore the ambiguities of private practice and the solutions offered by advice literature, including guidance manuals and the regular column on private-duty nursing in the *Canadian Nurse* in the first half of the twentieth century.

For newly graduated nurses, private practice was a welcome change from structured apprenticeship training; it allowed for variety, flexibility and some autonomy. On the other hand, a full-time occupation in private duty was not guaranteed, as the demand for work fluctuated. Private nurses often found themselves in social class conflicts with their employers. Families might expect the trained nurse to work long hours and to perform domestic services such as cooking and cleaning.

Advice literature offered solutions to these problems, with an emphasis on correct behaviour and deportment. Private duty nurses were expected to “stand as a beacon” so as to reflect on the legitimacy of formal nurse training. Private practitioners were advised on how to behave with household servants, and with patients and family members. Suitable dress for private duty was an issue, with choices ranging from school uniform, simple white dresses or street clothes, as long they created a dignified effect. Most importantly, it was incumbent for the nurse to act in a professional and respectable manner.

The guidance on correct comportment provided to private duty nurses reflects on the uncertain status both of the individual entrepreneurs, and of nursing reform as a whole. The private nurse had the training and the discipline behind her, but she also had to look the part.

« *Ni élégante ni délabrée* » : *Le dilemme des infirmières en service privé* »

Après avoir obtenu leur diplôme d’un hôpital d’enseignement des sciences infirmières, la plupart des infirmières travaillèrent hors des hôpitaux, pour des malades particuliers, jusque dans les années 1940, lorsque les soins de santé passèrent des maisons privées aux hôpitaux. Les connaissances à propos des infirmières en service privé (comme on les appelait) sont encore plus ténues que pour la pratique en milieu hospitalier ou au sein d’organisations sanitaires. La position des infirmières en service privé dans les résidences des malades des classes moyenne et supérieure pour lesquelles elles travaillaient était ambiguë; elles étaient coincées entre leur rôle de

praticiennes professionnelles et leur subordination aux médecins et aux membres de la famille. Cette communication explorera les ambiguïtés de la pratique privée et les solutions proposées par la littérature de conseil, incluant les manuels pratiques et les colonnes consacrées au nursing en service privé dans *L'Infirmière canadienne* pendant la première moitié du xx^e siècle.

Pour les infirmières nouvellement graduées, la pratique privée représentait un changement agréable par rapport à la formation structurée qu'elles venaient de terminer; elle offrait variété, flexibilité et une certaine autonomie. En revanche, elles étaient loin d'être assurées de travailler à temps plein en service privé en raison de la fluctuation des demandes. Les infirmières privées vivaient souvent des conflits de classe sociale avec leurs employeurs, les familles s'attendant à ce que l'infirmière diplômée travaille pendant de longues heures et s'occupe de tâches domestiques comme la préparation de repas et le ménage.

La littérature de conseil proposait des solutions à ces problèmes, en insistant sur les manières et la conduite adéquates. Les infirmières en service privé se devaient de « se comporter comme un phare » de façon à refléter la légitimité de la formation officielle d'infirmière. Les praticiennes privées étaient instruites sur la manière de se comporter avec les domestiques, les patients et la famille. La tenue appropriée représentait un enjeu; les possibilités allaient de l'uniforme scolaire, à la simple robe blanche ou aux vêtements de ville, en autant qu'ils créent un effet de dignité. Mais par-dessus tout, il revenait à l'infirmière d'agir de manière professionnelle et respectable.

Les conseils de comportement adéquat offerts à ces infirmières témoignent du statut incertain tant des entrepreneurs individuels que de la réforme du nursing dans son ensemble. L'infirmière privée était revêtue de sa formation et de sa discipline, mais elle devait aussi avoir l'allure de l'emploi.

Robert Brain : “Physiological Aesthetics: Experimentalizing Life and Art in Fin-de-Siècle Europe”

This paper examines how a family of experimental systems developed in nineteenth-century physiology provided avant-garde painters and poets with key material and conceptual resources that enabled the innovations of early modernism in the arts. I argue that the borrowings moved in two directions. First, I show how artists adopted the materialities of physiology -- instruments and techniques-- as a means to undertake new kinds of aesthetic experiments within the specific media of each cultural art. Second, I show how the converse occurred: early modernist experiments in poetry, the visual arts, dance, and music functioned as experiments on life, aiming to alter the human sensorium and to reconfigure both the artist and spectator. In order to make this argument I show how an array of people, concepts and practices that have not traditionally been discussed together belonged to common networks. I also introduce several new areas of nineteenth-century scientific culture that have not been discussed by historians, including the widely held protoplasm theory of life, the epistemology and social doctrines rooted on the physiology and psychology of movement, and more. I support my arguments with readings of works of painting and poetry that reveal the implementation of physiological aesthetics, including Edvard Munch's *The Scream*, George Seurat's late entertainment paintings, Francis Picabia's prewar cubist paintings, the free verse of Gustave Kahn, and the vocal performances of F. T. Marinetti and the Futurists. With fresh interpretations of canonical works I aim to challenge entrenched assumptions about the art/science “two-cultures” divide and invigorate dialogue between historians of science and specialists in the history of art, literature, and music.

« Agencement et intermedialité dans les sciences et les arts autour de 190 »

Cette contribution s'agit des modèles des carrefours et modalités d'échange entre disciplines scientifiques ou des sciences et pratiques culturelle non-scientifique: “zones d'échanges” (trading zones), la métrologie, intermédiaires culturelles, etc. Je vais réfléchir sur les modèles dans le cadres des relations entre les sciences physiologiques et les arts de la peinture et les arts poétique autour 1900.

Susan Cahill : “The Craft of Healing: Jessie Luther in early Twentieth-century Newfoundland and Labrador”

My paper examines the production and sale of textile objects, Grenfell Hooked Rugs, as the antidote to social, physical, mental, and economic ills in early twentieth-century Newfoundland and Labrador. Specifically, I focus on these objects in relation to Jessie Luther (1860-1952) and her work with the Grenfell Mission. An established art teacher with a degree from the Rhode Island School of Design and onsite training in basket weaving at Deerfield, MA, Luther taught craftmaking classes through her position as director of the Labor Museum at Chicago’s Hull House, one of the first settlement houses in the U.S. that used occupational therapy to provide social, artistic, and educational programs for working people, mainly new immigrants. Luther, in turn, took this experience to establish a well-known sanitarium with Dr. Herbert J. Hall in Marblehead, MA, known as the Handicrafts Shop, in 1905. Her work there employed weaving toward occupational therapy and attracted the interest of physician Sir Wilfred Grenfell—founder of the Grenfell Mission in Newfoundland and Labrador, which provided healthcare, education, religious services, and rehabilitation to outport communities. As head of the Grenfell Industrial Department from 1906 to 1910, Luther led the production and sale of the mission’s most well-known arts and crafts objects, Grenfell Hooked Rugs, which remain valued collectible items to this day.

In my presentation, I focus on Luther’s ability to mobilize art, craft, and design for the purpose of healthful practices and healing. By interweaving social history and material culture, I address Luther’s aims as an occupational therapist (a trade that enabled women to work within the medical profession) to mesh therapeutics with arts and crafts revivalism to create programs and products that would benefit the individual and collective life of rural communities in Newfoundland and Labrador.

« L’art de la guérison : Jessie Luther à Terre-Neuve-et-Labrador au début du 20e siècle »

Ma communication étudie la production et la vente d’objets textiles, des tapis crochetés de Grenfell, en tant qu’antidote aux problèmes sociaux, physiques, mentaux et économiques à Terre-Neuve-et-Labrador au début du 20^e siècle. Je m’intéresse particulièrement à ces objets par rapport à Jessie Luther (1860-1952) et à son travail au sein de la mission Grenfell. Professeure d’art établie et diplômée de la Rhode Island School of Design avec une formation in situ en vannerie à Deerfield MA, Luther donnait des cours de fabrique artisanale dans son rôle de directrice du Musée Hull-House à Chicago, une des premières maisons d’entraide aux États-Unis à utiliser l’ergothérapie pour offrir aux travailleurs, en particulier les nouveaux immigrants, des programmes sociaux, artistiques et éducatifs. Luther s’est servi de cette expérience pour établir avec le docteur Herbert J. Hall en 1905 un sanatorium de renom à Marblehead MA, nommé Handicrafts Shop. C’est là que son travail intégrant le tissage à l’ergothérapie a suscité l’intérêt du médecin Sir Wilfred Grenfell—fondateur de la mission Grenfell à Terre-Neuve-et-Labrador, organisme qui fournissait les soins de santé, l’éducation, les services religieux et la réadaptation aux communautés côtières isolées. À titre de directrice du département industriel de Grenfell entre 1906 et 1910, Luther a dirigé la production et la vente des objets artisanaux les plus célèbres de la mission, les tapis crochetés de Grenfell, objets de collection restés précieux jusqu’à aujourd’hui.

Pour ma présentation, je me concentre sur l’aptitude de Luther à mobiliser art, artisanat et design afin de réaliser ses objectifs reliés aux pratiques saines et à la guérison. En conjuguant histoire sociale et culture matérielle, j’aborde les buts de Luther en tant qu’ergothérapeute (métier qui a permis aux femmes d’exercer une profession médicale) de mêler la thérapie et le revivalisme des arts et artisanats afin de créer des programmes et des produits qui amélioreraient la vie individuelle et collective des communautés rurales à Terre-Neuve-et-Labrador.

Brianne M. Collins* : “A Cut Above the Rest: Psychosurgical Techniques in Ontario, 1941-1965”

Lobotomy and leucotomy are terms often considered to be synonymous. Countless publications have used the terms interchangeably to describe psychosurgical operations used beginning in 1935. However, there is good reason to argue that the two should, in fact, be considered separate techniques. Addressing this issue will ensure that the technical language surrounding psychosurgery during the era of somatic treatments is accessible and clear. The initial technique pioneered by Moniz in the mid-1930s was the “prefrontal leucotomy” where a specially designed instrument manufactured in Paris—a leucotome—was used to remove cores from the frontal lobes. Shortly after Moniz published his initial results in 1936, neurosurgeons from around the world began to experiment with entry sites, instruments, and whether to use cuts, cores, or sweeping motions to disrupt the frontal lobes’ connections with the remainder of the brain. In the United States, Walter Freeman and James Watts were quick to attempt Moniz’s procedure. Within a few short years, the two coined the term “prefrontal lobotomy” to describe their new variation on the original technique. Rather than entry from atop the skull like Moniz had done, Freeman and Watts approached the frontal lobes temporally and used a spatula-like instrument rather than the traditional leucotome. After a series of encounters with Walter Freeman, the Ontario neurosurgeon, Kenneth G. McKenzie, initially began using Moniz’s prefrontal leucotomy technique on patients in the province. However, within a short time McKenzie had developed his own technique, which he called the “bilateral frontal leucotomy.” His technique and several minor variations that would be developed in Ontario never strayed far from Moniz’s original procedure. Ontario physicians believed that their technique—one that differed from lobotomy—was more effective, safer, and ultimately a cut above the rest being used internationally. Despite similarities between the multiple variations, this paper will provide evidence—with particular attention given to Ontario—that psychosurgical operations cannot all be considered synonymous.

« Une coche au-dessus des autres : Les Techniques Psychochirurgicales en Ontario, 1941-1965 »

Lobotomie et leucotomie sont des termes souvent considérés comme étant synonymes. D’innombrables publications ont utilisé ces termes de façon interchangeable pour décrire les opérations psychochirurgicales employées dès 1935. Toutefois, il existe de bonnes raisons de prétendre que ces deux procédures devraient, en fait, être considérées comme des techniques distinctes. Aborder cette question fera en sorte que le jargon technique entourant la psychochirurgie pendant l’ère des traitements somatiques demeure accessible et clair. La technique initiale développée par le Dr Moniz dans le milieu des années 30 était la « leucotomie préfrontale », où un instrument fabriqué à Paris et conçu spécialement pour cette technique, un leucotome, était utilisé pour retirer la portion profonde des lobes frontaux. Peu après la publication des résultats initiaux du Dr Moniz en 1936, les neurochirurgiens du monde entier ont commencé à expérimenter avec divers sites d’approche, instruments et techniques parmi section, évidement et mouvements de balayage pour interrompre les connexions du lobe frontal avec le reste du cerveau. Aux États-Unis, les docteurs Walter Freeman et James Watt ont rapidement testé la procédure du Dr Moniz. En l’espace de quelques années seulement, ils ont inventé le terme « lobotomie préfrontale » pour décrire leur nouvelle modification de la technique originale. Plutôt que d’accéder par le dessus du crâne comme le Dr Moniz l’avait fait, les Dr Freeman et Watts approchaient les lobes frontaux en temporal et utilisaient un instrument semblable à une spatule plutôt qu’un leucotome traditionnel. Après plusieurs rencontres avec Walter Freeman, le neurochirurgien ontarien Kenneth G. McKenzie a initialement utilisé la technique de leucotomie préfrontale du Dr Moniz chez les patients de la province. Toutefois, après quelque temps, McKenzie a développé sa propre technique qu’il a nommé « leucotomie frontale bilatérale ». Sa technique et les quelques modifications mineures qui ont été développées en Ontario ne se sont jamais vraiment éloignées de la procédure originale du Dr Moniz. Les médecins ontariens croyaient que leur technique, celle différant de la lobotomie, était plus efficace, plus sécuritaire et ultimement une coche au-dessus de celles utilisées au niveau international. Malgré les ressemblances entre les multiples variations, cet article fournira l’évidence, avec une attention particulière sur l’histoire de l’Ontario, que toutes les opérations psychochirurgicales ne peuvent être considérées comme étant synonymes.

Heidi Coombs-Thorne : “Relationships between the Grenfell Mission and the Inuit-Metis of Southern Labrador”

The Inuit-Metis was the first Aboriginal group in Labrador with whom the Grenfell Mission came into contact. They traditionally inhabited the south coast of Labrador and practiced seasonal transhumance according to resource use: Inuit-Metis families lived with their extended families on islands and headlands during the summer and in nuclear family units in protected bays and coves during the winter. Anthropologist John Kennedy has argued that this “family-based winter settlement pattern reduced contact between Southern Inuit families and limited opportunities to foster group identity.” And indeed, this lack of group identity may have contributed to Inuit-Metis invisibility when it came to the Grenfell Mission. Since the Inuit-Metis economically and socially combined both Inuit and European practices and beliefs, they maintained enough of a European lifestyle that racial differences were less obvious to Grenfell employees, who did not necessarily recognize them as racially unique but consistently distinguished them as “settlers,” “trappers,” or “livyers.” As a result, the underlying approach of the Mission towards the Inuit-Metis appears to have been based on perceived class differences rather than racial differences.

This paper will explore the relationship between the Inuit-Metis and the Grenfell Mission, the largest medical institutional in Labrador throughout the twentieth-century. What was it like for Inuit-Metis to be patients of the Grenfell Mission? Did the presence of the Mission eliminate Inuit-Metis traditional medicine? If not, can we identify the ways in which traditional practices were maintained? And is it possible to identify Aboriginality in Inuit-Metis communities according to the records of the Grenfell Mission? Was the relationship between the Grenfell Mission and the Inuit-Metis shaped by racial and/or class prejudices?

Les Inuit-Metis formaient le premier groupe autochtone du Labrador avec lequel la Mission Grenfell est entrée en contact. Ils habitaient principalement sur la côte sud du Labrador et pratiquaient des migrations saisonnières suivant l'utilisation des ressources: les familles Inuit-Metis vivaient au sein de leur famille élargie sur les îles et caps pendant l'été, et avec leur famille nucléaire dans des baies et anses abritées pendant l'hiver. L'anthropologiste John Kennedy soutient que ce “type de campement hivernal en famille a limité les contacts entre familles Inuit du Sud et les possibilités d'entretenir une identité de groupe.” Et c'est peut-être ce manque d'identité de groupe, ce qui explique que les Inuit-Metis ont pu passer inaperçus au sein de la Mission Grenfell. Puisque sur les plans économique et social, les Inuit-Metis mêlaient pratiques et croyances Inuit et européennes, ils avaient maintenu un mode de vie suffisamment européen pour que les différences raciales ne soient pas évidentes aux yeux des employés de Grenfell, qui ne les considéraient pas nécessairement comme racialement uniques, mais qui les qualifiaient régulièrement de “colons”, “trappeurs”, ou “résidents”. Ainsi l'approche sous-jacente de la Mission envers les Inuit-Metis semble avoir été bâtie sur les différences sociales perçues plutôt que sur des différences d'ordre racial.

Cette étude explorera les relations entre les Inuit-Metis et la Mission Grenfell, la plus grande institution médicale du Labrador du XX^{ème} siècle. À quoi ressemblait la vie des Metis-Inuit en tant que patients de la Mission Grenfell? La Mission a-t-elle fait disparaître les remèdes traditionnels Metis-Inuit? Si tel n'est pas le cas, est-il possible de préciser comment ces pratiques traditionnelles ont été maintenues? Est-il possible d'identifier le caractère autochtone des communautés Inuit-Metis au travers des rapports de la Mission Grenfell? Les relations entre la Mission Grenfell et les Inuit-Metis étaient-elles marquées de préjugés d'ordre racial et/ou social?

Lucia Dacome : “‘All there is to know’ in the art of midwifery’: Models and Midwives in Eighteenth-century Italy”

In the last decade the history of eighteenth-century anatomical collections has become the object of increasing scholarly interest. Yet, midwifery collections have received comparatively little attention. This paper focuses on the midwifery collection gathered in Bologna by the surgeon Gian Antonio Galli (1708–1782). Galli’s collection consisted of an impressive sequence of about two hundred models in wax, clay and glass. Placing three-dimensional anatomical visualisations at the centre of midwifery training, it included specimens of the pelvis, waxworks that displayed the anatomy of the parts of generation, and dozens of models in clay of the gravid uterus presenting the unborn child in a multiplicity of situations. Seeking to unveil pregnancy in all its possible

circumstances, Galli's collection promised to provide a means for mapping and clarifying the uncertainties and ambiguities that proverbially characterised the complex domains of generation and pregnancy. It also enacted a special form of midwifery training that presupposed blindfolding the midwives who practised on the models. Defining a multifunctional space of both curiosity and training practice, the collection mediated anatomical knowledge of generation and pregnancy to lay viewers as well as to midwives and medical students. In 1757, it was purchased by pope Benedict XIV, who donated it to the Bolognese Institute of the Sciences. This paper considers the early history of Galli's midwifery collection in light of changing views of the pregnant body and shifting midwifery practices and licensing regulations.

Historians have drawn attention to early modern views of the pregnant body as an ambiguous body whose uncertain signs changed in unforeseeable and potentially deceitful ways. In the mid-eighteenth-century midwifery collections staged visually impressive material archives of the pregnant body that promised to mark the triumph of anatomical knowledge over the proverbially elusive character of early modern corporealities. This paper reconstructs how models' visualizations of pregnancy and childbirth participated in shaping views of the female body while, at the same time, re-defining midwives' realms of competence and expertise. It suggests that by spelling out the uncertainties and mysteries of the pregnant body, Galli's collection translated midwifery tacit, gestural knowledge into a demonstrative regime of learning that created new forms of transfer and control of midwifery knowledge.

« Tout ce qu'il faut savoir sur l'art de la sage-femme »: modèles et sages-femmes en Italie au XVIIIe siècle»

L'histoire des collections anatomiques du dix-huitième siècle fait l'objet d'un intérêt grandissant. Pourtant, les collections obstétricales n'ont pas reçu la même attention que les autres. *Cet exposé se propose d'examiner la collection obstétricale réunie à Bologne par le chirurgien Gian Antonio Galli (1708-1782). Avec ces deux cents modèles environ, en cire, argile et verre, cette collection fut une des premières à être utilisée dans la formation des sages-femmes. En cherchant à visualiser l'univers complexe de la génération et de la grossesse par une séquence impressionnante de modèles, la collection comprenait des spécimens du bassin, des modèles en cire présentant l'anatomie des parties de la génération, et des dizaines de modèles en argile de l'utérus gravide montrant l'enfant à naître dans une multiplicité de circonstances différentes. Cet exposé examine l'histoire de la collection de Galli à la lumière de l'évolution de la représentation du corps enceint et des pratiques de formation des sages-femmes. Les historiens ont attiré l'attention sur les conceptions classiques du corps enceint comme un corps ambigu dont les signes pouvaient changer de façon imprévisible et potentiellement trompeuse. En revanche, les collections obstétricales du XVIIIe siècle promettaient d'établir le triomphe des connaissances anatomiques sur le caractère insaisissable de la corporalité. Cet exposé reconstitue la façon dont les modèles obstétricales contribuaient à l'élaboration d'un point de vue anatomique sur le corps de la femme tout en participant à la redéfinition des domaines de compétence et d'expertise des sages-femmes.*

Philippe Desmarais* : « L'histoire du don d'organes au Québec, de 1958 à 2010»

Nous avons étudié l'origine du phénomène du don d'organes ainsi que son évolution de 1958 à 2010, dans le cadre de la société québécoise. Les transplantations d'organes nécessitent, contrairement à d'autres techniques chirurgicales, une condition éminemment sociale, soit la participation d'un groupe potentiel et assez important en nombre, celui des donateurs d'organes. En effet, pour que cette technique se développe au Québec, il a fallu que la population accepte l'idée de faire don de ses organes. Ce type singulier de don, qui questionne notre rapport au corps et à la mort, ne va pas de soi.

Afin de convaincre la population des bienfaits inhérents au don d'organes, différents acteurs - médecins, groupes communautaires et ordres professionnels - ont dû en faire la promotion. Parmi ces différents acteurs, les médecins et infirmières occupent un rôle fondamental dans le processus de don puisqu'ils doivent solliciter directement les familles des donateurs potentiels. C'est pourquoi l'idée même du don d'organes a d'abord dû s'implanter dans les

milieux hospitaliers afin que le personnel médical soit convaincu de la pertinence et de l'utilité de cette pratique. C'est par la suite que la participation de l'ensemble de la population sera sollicitée.

Aussi, la réponse de la population face à la demande d'organes évolue au fil du temps. En somme, la thérapeutique de la greffe dépasse le cadre médical hospitalier en sollicitant l'ensemble des membres de la société ainsi que ses institutions politiques et juridiques.

“The History of Organ Donation in Québec from 1958 to 201”

This presentation is about the origins and evolution of organ donation in Québec from 1958 to 2010. Unlike other surgical techniques, organ transplantation calls for an eminently social prerequisite, that is, the participation of organ donors. Indeed, in order to develop this technique, people in Québec, as elsewhere, had to accept the idea of donating their organs. This unique form of donation, which calls into question our relation to the body and to death, is not easily accepted.

In order to convince the population of the inherent benefits of organ donation, various actors – medical doctors, community groups, and professional orders – had to agree to promote it. Among these, doctors and nurses have a fundamental role to play, since they must directly seek the consent of potential donors' families. That is why the idea of organ donation itself first had to be implemented in health care facilities, in order to convince the medical personnel of the relevance and usefulness of this practice. It is only after this initial step that the population at large was solicited.

Finally, the population's response to organ donation evolves with time. Organ donation as a treatment goes beyond the medical context and hails all members of society, as well as its legal and political institutions.

Dianne Dodd : “Toward a Collective Biography of Nurse Casualties of the First World War”

This research will add to our understanding not only of the First World War and military nursing, but historic memory studies generally, and women's place in the commemorative terrain specifically. The proposed paper will sketch a collective biography of over 60 Canadian military Nursing Sisters who died during the First World War. Although long forgotten, these women were Canada's first female war casualties and their names are included among the over 60,000 Canadian war dead (heroes). As such, they enjoyed the benefits accorded all military personnel, such as full military honours at their funerals, and gravesites that were governed by the Imperial War Graves Commission, the latter responsible for burying and commemorating the British Empire's war dead.

The author looks at how these women died. In 1918, twenty-one Nursing Sisters were killed as a result of enemy action, six in two separate hospital bombings in France and fourteen with the sinking of the hospital ship, *Llandovery Castle*. They all occurred during the German army's 1918 spring offensive. A microcosm of the health impact of war service, we also see that a number succumbed to illnesses aggravated by wartime conditions. Especially poignant are the number of nurses who died suddenly, along with so many soldiers, while trying to care for victims of the devastating Spanish flu pandemic. Like soldiers, some Nursing Sisters also died several years after the war, of illnesses or injuries contracted during their military service.

The study also reveals the sympathetic, if not chivalrous, reaction of military physicians toward nurses' illnesses, and tries to understand how nurses themselves viewed their role in the war. This collective portrait will help set the stage for understanding how nurses have been commemorated, not only at the national level, examined in an upcoming article, but in further research planned into regional and local level commemorations.

« Vers une biographie collective des infirmières militaires décédées pendant la Première Guerre mondiale »

Cet article, qui s'inscrit dans une vaste étude sur la commémoration des infirmières à l'échelle nationale, régionale et locale, présente une biographie collective de plus de 60 infirmières militaires canadiennes qui sont décédées pendant la Première Guerre mondiale. Ces infirmières ont été les premières femmes canadiennes victimes de la

guerre, et la façon dont leur mémoire a été commémorée illustre bien comment le sexe d'une personne influe sur les notions de sacrifice pour la nation, de citoyenneté et même de santé. Ces femmes ont officiellement été reconnues comme membres des forces armées : leur nom fait partie de la liste des quelque 60 000 victimes et héros de guerre du Canada, et elles ont reçu les mêmes honneurs funèbres que tous les autres membres du personnel militaire. En effet, la plupart d'entre elles ont reçu tous les honneurs militaires lors de leurs funérailles et ont été inhumées dans le même cimetière que les soldats et officiers, leur tombe étant marquée de la même pierre standard réglementée par la Commission impériale des sépultures de guerre. Pourtant, comme les historiens l'ont noté, ces infirmières, malgré leurs efforts pour être publiquement reconnues, ont en grande partie été oubliées après la guerre, signe d'un profond malaise de la part de nombreux Canadiens quant à la présence des femmes en zone de conflit.

Comment ces femmes sont-elles décédées? En 1918, 21 infirmières militaires ont été tuées par l'ennemi, dont six dans le cadre du bombardement de deux hôpitaux en France et quatorze pendant le naufrage du navire-hôpital *Llandoverly Castle*. Tous ces décès sont survenus durant l'offensive allemande du printemps 1918. Sans surprise, contrairement aux autres militaires, les infirmières sont plus souvent mortes des suites d'une maladie que d'une blessure. De fait, environ le tiers d'entre elles ont succombé à une maladie – ayant peut-être été aggravée par les conditions de guerre – et environ un autre tiers sont mortes de la pandémie de grippe espagnole, qui a emporté un nombre disproportionné de membres du personnel infirmier, lesquels devaient s'occuper des nombreuses victimes de cette maladie dans des conditions difficiles. Tout comme les soldats, un certain nombre d'infirmières militaires sont également décédées plusieurs années après la guerre en raison d'une blessure subie ou d'une maladie contractée pendant leur service militaire.

Les infirmières qui ont souffert d'une maladie durant la Première Guerre mondiale témoignent, en véritable microcosme, des effets physiques et émotionnels du service militaire. Elles permettent aux historiens de se demander dans quelle mesure leur maladie a été causée par la guerre, ou dans quelle mesure elles auraient quand même contracté leur maladie si elles étaient demeurées au pays. Les collègues médecins de ces infirmières considéraient presque tous que leur maladie découlait des conditions en temps de guerre, ce qui soulève la question à savoir dans quelle mesure la réaction nettement compatissante du personnel militaire à l'égard des infirmières était-elle le reflet d'un paternalisme et d'un malaise de la part des hommes envers les femmes qui travaillaient dans des conditions de guerre? Les militaires masculins, troublés à la perspective d'une présence permanente des infirmières dans les forces armées, considéraient-ils la maladie comme féminine?

Chris Dooley : “Sensational and lurid, overstressed and overstated, distorted, lopsided, unobjective, and unfair’: Debating Don LeBourdais’s ‘Canada’s Shame’ in Manitoba in 1947.”

In the 1920s, the Canadian National Committee for Mental Hygiene (CNCMH) perfected a curious policy instrument, the institutional audit. Policy makers and psychiatrists, eager to carve-out political space for mental hospital reform, enthusiastically endorsed these audits, and they granted broad access to even the most deplorable institutions. After the Second World War, with every institution hopelessly overwhelmed by unrelenting in-patient population growth, this welcome was withdrawn. By the mid-1940s, governments and administrators increasingly found themselves trailing public opinion rather than actively creating it, and they were reluctant that the public see the startling inadequacy and desperate overcrowding that prevailed at their welfare institutions.

When, in 1947, journalist Don LeBourdais approached the provinces to propose a series on mental hospitals for *Liberty* magazine, he met a chilly reception. Working for the CNCMH in the 1920s and 1930s, he had, in his words, “connived” with politicians and physicians to illuminate the wants of the mental hospitals. This time, he was greeted as an enemy, not an ally, and he was even preemptively banned from Ontario’s institutions. When his incendiary four part exposé, “Canada’s Shame” was published, governments reacted swiftly to discredit him as an ignorant amateur, an irresponsible muckraker, and a CCF shill.

This paper is concerned with the reception of LeBourdais's articles in Manitoba, where they became a political football in the 1947 legislative session. It argues that LeBourdais's exposé and the responses to it serve as indicators of growing public concern about the manifest failures of earlier mental health reforms, and they suggest an emergent agenda for the rights of the institutionalized. Moreover, the official response to LeBourdais's articles constitutes more than a helpless acknowledgement of that failure at a time of uncertainty about the system's continuing capacity to care for the mentally ill; it also represents a desperate attempt by professionals to retain control of a reform agenda that was slipping into the hands of laypeople. In this respect, this episode prefigures both the disarticulation of mental health reform from the professional projects of practitioners and the postwar fragmentation of the relatively unified interwar mental health reform movement into parallel streams.

« Sensationnels et scabreux, surchargés et exagérés, déformés, déséquilibrés, subjectifs et injustes » : le débat autour de « Canada's Shame » de Don LeBourdais au Manitoba en 1947 »

Dans les années 1920, le Comité national d'hygiène mentale du Canada (CNHMC) a développé un instrument de politique curieux, l'audit institutionnel. Les décideurs publics et les psychiatres, impatients de délimiter un espace politique pour la réforme des hôpitaux psychiatriques, ont appuyé avec enthousiasme de tels audits et ont accordé un large accès même aux hôpitaux les plus déplorables. Après la Seconde Guerre mondiale, cet accès a été annulé parce que tous les hôpitaux étaient totalement submergés par la croissance implacable de la population de patients. Vers le milieu des années 1940, les gouvernements et les administrateurs sont devenus de plus en plus à la traîne de l'opinion publique au lieu de la créer activement et ils étaient hésitants à montrer au public l'insuffisance étonnante des moyens et le surpeuplement désespéré des institutions d'assistance sociale.

En 1947, lorsque le journaliste Don LeBourdais a approché les provinces pour leur proposer une série d'articles sur les hôpitaux psychiatriques qui seraient publiés dans la revue *Liberty*, il n'a pas été bien accueilli. Travaillant pour le CNHMC dans les années 1920 et 1930, il avait, dit-il, « comploté » avec des politiciens et des médecins pour faire connaître les besoins des hôpitaux psychiatriques. En 1947, il a été accueilli comme un ennemi et non un allié, et il a même été banni de manière préventive des établissements ontariens. Lorsque son exposé incendiaire en quatre parties, « *Canada's Shame* », a été publié, les gouvernements ont réagi rapidement pour le discréditer comme un amateur ignorant, un déterreur de scandales irresponsable et un porte-parole de la CCF.

Le présent article examine la réception de « *Canada's Shame* » au Manitoba, où les articles sont devenus un ballon politique au cours de la séance législative de 1947. L'auteur met de l'avant que les articles et les réactions qu'ils ont provoquées sont une indication des préoccupations publiques croissantes au sujet des échecs manifestes des réformes antérieures du système de santé mentale et que cela indique l'émergence d'un programme pour les droits des asilaires. De plus, la réaction officielle aux articles de LeBourdais représente davantage une reconnaissance impuissante de tels échecs dans une période d'incertitude au sujet de la capacité continue du système de soigner les malades mentaux. Elle représente aussi pour les professionnels une tentative désespérée de conserver le contrôle d'un programme de réformes qui glissait dans les mains des gens ordinaires. À cet égard, l'épisode des articles préfigure à la fois le détachement de la réforme du système de santé mentale des projets professionnels des praticiens et la fragmentation d'après-guerre en courants parallèles du mouvement relativement unifié de la réforme du système de santé mentale de l'entre-deux-guerres.

Victoria Lamb Drover* : "Branding, Educating, and Motivating": ParticipACTION, Social Marketing, and a Created Crisis of National Health, 1971-2001"

In 1971, Minister of Health and Welfare John Monro asked Keith McKerracher, the marketing guru at Carling Breweries, to create a marketing company affiliated with the federal government that would promote healthy lifestyle choices among Canadians. McKerracher created ParticipACTION, the most recognizable brand in Canadian health promotion. McKerracher saw 'health' as a commodity that required a complete rebranding in order to be 'bought' by Canadians. This paper will explore how McKerracher and his successors employed social marketing techniques to methodically shape Canadians' perceptions of health promotion and active living.

McKerracher's first national campaign presents a salient example of social marketing in action. In 1973,

ParticipACTION launched the television advertising spot entitled “The 60-year-old Swede”. The ad proclaimed that the average 60-year-old Swedish male was of comparable physical fitness to the average 30-year-old Canadian male. It ended by stating, “Run, Walk, Cycle – Let’s get Canada moving again.” No quantitative data was ever provided to support the ad’s claims; in fact, oral histories have suggested that the comparison was merely a provocative hypothesis dreamt up by a member of McKerracher’s team. Regardless of its complete lack of evidentiary support, the ad resonated with Canadians and sparked a debate in the House of Commons about the detrimental sedentary lifestyles of Canadians. The ‘European comparison’ could not have been more strategically selected, appealing to Canadians’ patriotism and Cold War fears only months after the surprisingly close result of the 1972 Summit Series. Ending the ad with “again” evoked a nostalgic return to a better past, and a stronger nation. In fifteen seconds, the ad appealed to national pride, competitiveness, and nostalgia. This potent mixture of humour, nationalism, and emphasis on individual action proved highly effective, and the ‘Swede’ campaign remained the organization’s mainstay for nearly a decade. That the message had no basis in fact seemed irrelevant to the greater good.

Between 1971 and 2001, ParticipACTION quickly established a trusted brand, successfully convinced Canadians that there was a problem in how they were living, and conveniently offered the solutions to the problem at hand. The commodification of public health has scarcely known better spin-doctors.

« Marquer, éduquer et motiver » :ParticipACTION, marketing social et une crise créée de santé nationale. (1971 - 2001) »

En 1971, ministre fédéral de la santé et de bien-être, John Monro, a demandé à Keith McKerracher, le gourou du marketing chez Carling Breweries, de créer une organisation de marketing affilié à la gouvernement fédéral qui promouvrait des choix de mode de vie sain chez les Canadiens. McKerracher a créé ParticipACTION, la marque la plus reconnaissable dans la promotion de la santé canadien. McKerracher avait vu ‘santé’ comme une marchandise nécessitant un rebranding complet afin d’être “achetés” par les Canadiens. Cet article explore comment McKerracher et ses successeurs ont employé des techniques de marketing sociales pour façonner méthodiquement les perceptions des Canadiens de promotion de la santé et la vie active.

La première campagne nationale de McKerracher présente un exemple saillant de marketing social en action. En 1973, ParticipACTION a lancé la télévision publicité intitulé « Suédois ». L’annonce a proclamé que l’homme moyen de suédois, âgé de 60 ans était en une condition physique comparable à l’homme canadien moyen de 30 ans. Il a terminé en déclarant: « Courir, marcher, vélo bicyclette – Mettons-nous Canada aille de nouveau. » Aucune donnée quantitative n’a été jamais fournie pour appuyer les revendications de l’annonce ; en fait, les histoires orales ont suggéré que la comparaison était simplement une hypothèse provocante imaginée par un membre de l’équipe de McKerracher. Quel que soit son absence totale de soutien en matière de preuve, l’annonce a résonné avec les Canadiens et a suscité un débat aux Chambre des communes sur le mode de vie sédentaire préjudiciable des Canadiens. La comparaison européenne ne pouvait être plus stratégiquement choisies, attrayante pour les Canadiens de patriotisme et de guerre froide craintes que quelques mois après le résultat étonnamment proche de ‘La Série du Siècle 1972’. Fin de l’annonce avec ‘de nouveau’ évoqués un retour nostalgique à un passé mieux et une nation plus forte. En quinze secondes, l’annonce a fait appel à la fierté nationale, la compétitivité et la nostalgie.

Ce puissant mélange d’humour, nationalisme et mettant l’accent sur l’action individuelle s’est révélée très efficace, et la campagne « Suédois » est resté le pilier de l’organisation pendant presque une décennie. Que le message n’avait en fait aucune base semblait sans rapport avec le plus grand bien. Entre 1971 et 2001, ParticipACTION a rapidement établi une marque de confiance, a réussi à convaincre les Canadiens qu’il y avait un problème de comment ils vivaient et offerts les solutions au problème à portée de main. La marchandisation de la santé publique a guère connu mieux conciliabule.

Jacalyn Duffin : “The Queen’s Jews: Race, Religion and Change in 20th Century Canada”

Admission practices of medical schools have long intrigued scholars; several studies trace quotas on women. Although restrictions on Jews and other minorities are known to have existed and are often alluded to in the literature, few studies address how these policies operated; none deal with Canada. Using a century of statistics from one Canadian university, this paper begins to fill that gap.

Queen’s University Archives holds the registration cards of all medical students admitted in its more than 150 years. Students were required to state “religious denomination” until the graduating class of 1980. The information was entered into a computerized database. Results were correlated with policies described in the Minutes of the Faculty and Queen’s Senate and with the dramatic conflicts and social change of the twentieth-century.

In the collection of 4173 registrations—219 were Jews, unevenly distributed through time. At first, the school accepted no Jews, but it trained a significant number of black students. However, in 1917, the faculty banned admission of blacks, blaming its decision on the hostility of townfolk. The first Jewish graduate took his MD in 1918; the next came three years later. Thereafter, approximately 1 Jewish student was admitted each year for about a decade. Numbers of Jewish students climbed into the early 1940s. This openness contrasted starkly with anti-Semitic attitudes elsewhere in Canada. But things changed dramatically after 1942. Queen’s Trustees expressed their disapproval of Jewish students and of Hillel House. The University began keeping statistics on race. The number of Jewish students dropped and remained low into the 1950s. Interviews with former students bring the statistics up to the present and reveal another period of restricted entry for Jews, women, and other minorities that affected medical graduates into the early 1990s.

This study uncovers a surprising degree of tolerance in one Canadian city during the 1930s. It also shows how the 1940s influence of well-heeled alumni pressured the university to align its policies with discriminatory measures elsewhere. Finally, it provides a methodological example for further exploration of minorities in the Canadian academy.

« Les juifs de Queen’s: “race”, religion et changement au Canada du 20^e siècle »

Les historiens ont étudié les règlements d’admission des écoles de médecine et plusieurs d’entre eux ont porté leur attention sur les quotas mis en place pour contrer l’entrée des femmes. Les obstacles pour les étudiants juifs et les étudiants provenant des minorités sont également connus mais très peu de recherches portent sur ces politiques discriminatoires, et de ces recherches aucune ne prend le Canada comme espace d’étude. Cette communication entend contribuer à combler cette lacune.

Aux archives de Queen’s University, on retrouve les formulaires d’inscription de tous les étudiants admis à l’école de médecine depuis plus de 150 ans. Jusqu’en 1980, les étudiants étaient obligés de révéler leur “dénomination religieuse.” À partir de ces données colligées dans une base de données, les résultats ont été croisés d’une part avec les procès-verbaux de la Faculté de Médecine et du Sénat de l’Université et d’autre part, avec les conflits et les changements sociaux majeurs survenus au Canada en ce 20^e siècle.

Sur 4173 étudiants inscrits, 219 étudiants se sont identifiés juifs et ce de manière inégale à travers le temps. D’abord, l’École de médecine n’accepte aucun juif mais admet les étudiants noirs. En 1917, la Faculté ferme ses portes aux étudiants noirs, justifiant sa décision sur l’hostilité des citoyens de Kingston à leur égard. Le premier juif diplômé en médecine termine ses études en 1918 et le deuxième trois ans plus tard. Par la suite, environ une personne juive est admise sur une décennie. Le nombre d’étudiants juifs augmente continuellement jusqu’à 1942. Cette ouverture semble en opposition avec les attitudes antisémites que l’on retrouve partout ailleurs au pays mais les choses changent après 1942. Les membres du conseil d’administration à Queen’s expriment leur désapprobation face à la présence d’étudiants juifs et de la Hillel House, la première au pays. À partir de ce moment, l’université commence à demander et à conserver les statistiques sur les différentes « races » au sein des cohortes et il en ressort une chute du nombre d’étudiants juifs, nombre qui restera faible au cours des années 1950. De plus, des entretiens ont été menés avec d’anciens étudiants/es pour permettre de combler l’étude des

dernières décennies. Cette enquête met en lumière une autre époque, les années 1990, au cours de laquelle l'admission des juifs, des femmes et de d'autres personnes de communautés minoritaires fût limitée.

Thomas Foth and Mary Connell : “Nurses and Fever Therapy at the Ontario Hospital, Toronto 1940-1951”

In 1939 psychiatrist Dr. A.J. Bromley from the Ontario Hospital, Toronto – better known as 999 Queen Street- wrote a letter to the Minister of Health, in which he proposed a new approach for the treatment of patients with neurosyphilis. In his letter, Bromley pleaded for a new kind of fever treatment, the physically induced fever. In this new treatment, patients were placed in a high-temperature cabinet in order to elevate their body temperature. 41° Celsius up to 8 hours was estimated as the most effective therapeutic approach.

One year later the Toronto Hospital initiated a special fever unit run exclusively by nurses. As the nurses' notes illustrate, this physical fever treatment led to many life-threatening consequences for the patients. Although Bromley perceived them as mere “technicians,” nurses working on this ward had to manage highly complex care situations. This kind of fever treatment, in which nurses had an integral role, was an early form of psychiatric shock treatment aimed at influencing the conduct of patients.

« Les infirmières et la thérapie par la fièvre à l'Hôpital d'Ontario, Toronto 1940-1951 »

En 1939 le psychiatre Dr. A.J. Bromley de l'Hôpital de l'Ontario à Toronto, connu sous la désignation « 999 Queen street », écrivit une lettre au ministre de la santé dans laquelle il proposa une nouvelle approche dans le traitement de patients souffrant de la neurosyphilis. Bromley promut une forme de thérapie par la fièvre, en vertu de laquelle des patients étaient placés dans des cabines tempérées visant à élever leur température corporelle. Une augmentation à 41° Celsius pour une durée pouvant aller jusqu'à 8 heures était jugée comme étant la thérapie la plus efficace.

Un an plus tard l'hôpital établit une unité spéciale pour les thérapies par la fièvre, unité placée sous la seule responsabilité d'infirmières. Les notes du personnel infirmier montrent que cette forme d'intervention occasionna de multiples incidents avec des risques mortels pour les patients. Bien que Bromley perçût les infirmières comme de simples « techniciennes », celles-ci eurent à gérer des situations de soins hautement complexes. Cette forme de traitement, dans lequel le personnel infirmier joua un rôle déterminant, constitua un précurseur des traitements psychiatriques de choc visant à modifier le comportement des patients.

Judith Friedman : “The Question of Inheritance in Schizophrenia: Clinical Observations vs. Molecular Genetics”

In the early 1990s, a unique form of dynamic mutation was discovered as the cause of myotonic dystrophy and Huntington's disease. As the size of a DNA fragment within the gene increased over the generations, the age of onset of disease decreased which led to a pattern of inheritance known as genetic ‘anticipation.’ The discovery of such a causative mechanism sparked a hunt for similar mutations in other diseases which also saw a decrease in age of onset over succeeding generations but which had, as yet, had no clearly defined genetic cause. This was the case with schizophrenia, a mental illness once known as dementia praecox. A familial pattern of inheritance with decreasing age of onset had been associated with this disease since the late nineteenth century. However, the validity of findings of anticipation fell into disrepute in the middle of the twentieth century as the decrease in age of onset came to be seen as a statistical fallacy rather than a real biological phenomenon. The discovery of a biological mechanism underlying findings of anticipation suggested that a similar mutation might be at work in schizophrenia. However, in spite of the best efforts of several groups of researchers, no such mutation has yet been found. This has led to a clash of opinions within the field between those who insist that their clinical findings of anticipation in families suffering from schizophrenia are accurate and those who deny those findings based on statistical arguments and on the lack of an acceptable biological mechanism. I intend to use this case study to examine questions about the relative values of different types of evidence in medicine and explore how current

approaches tend to privilege the findings of molecular genetics and downplay the value of clinical observation. question du rôle de l'hérédité en schizophrénie : comparaison entre les observations cliniques et la génétique moléculaire

Au début des années 1990, les chercheurs ont découvert qu'une forme unique de mutation dynamique était responsable de la dystrophie myotonique et de la maladie de Huntington. À mesure que la taille du fragment d'ADN augmentait au fil des générations, l'âge auquel la maladie se déclarait diminuait, ce qui a permis de dégager un modèle d'hérédité appelé « anticipation » génétique. La découverte de ce mécanisme étiologique a stimulé de nombreuses recherches visant à identifier des mutations similaires chez les personnes souffrant d'autres maladies qui apparaissaient de plus en plus tôt au cours des générations successives, mais dont la cause génétique n'avait pas été clairement établie. Certaines de ces recherches ont porté sur la schizophrénie, une maladie mentale autrefois appelée démence précoce. Un modèle d'hérédité familial en vertu duquel on observait l'apparition à un âge de plus en plus jeune avait été associé à cette maladie à la fin du XIX^e siècle. Cependant, la validité des résultats touchant l'anticipation a été remise en question au milieu du XX^e siècle, alors que l'âge d'apparition de plus en plus hâtif a fini par être considéré comme un biais statistique et non comme un phénomène biologique proprement dit. La découverte d'un mécanisme biologique qui sous-tend les conclusions relatives à l'anticipation laissait croire qu'une mutation similaire entrait en jeu dans l'apparition de la schizophrénie. Toutefois, malgré tous les efforts réalisés par de nombreux groupes de chercheurs, il n'a pas encore été possible d'isoler une telle mutation. Cela a donné lieu à une divergence d'opinions parmi les chercheurs du domaine, alors qu'on retrouvait d'un côté ceux qui insistaient pour dire que leurs résultats cliniques relatifs à l'anticipation chez les familles touchées par la schizophrénie étaient exacts et de l'autre, ceux qui invalidaient ces résultats en s'appuyant sur des arguments statistiques et sur l'absence d'un mécanisme biologique acceptable. Je compte utiliser la présente étude de cas pour examiner les questions qui se rapportent aux valeurs relatives des différents types de données probantes en médecine et aborder la façon dont les approches actuelles tendent à favoriser les travaux en génétique moléculaire et à minimiser la valeur de l'observation clinique.

Dustin Galer* : “Training the ‘Able Disabled’: Rehabilitation, Awareness, and the Pursuit of Employability in Canada, 1970-1990 “

The enlargement and increased visibility of the disability community in Canada during the 1970s and 1980s fostered the development of massive industries of disability-related services. The “work of disability” encompassed a wide range of professions and vocations designed to assist people with disabilities in various stages of ill-health and impairment. Rehabilitation, particularly in preparation for individual vocational goals, entailed an extensive and prolonged journey through various training regimens designed to help disabled bodies approximate normative standards of ability as defined by qualified professionals. Medical and technological innovation enhanced the capability of rehabilitation programs to produce highly “abled” disabled people such that professionals came to believe that their training and experience afforded them a level of knowledge and credibility that qualified them as experts regarding disabled people’s experience of disability.

People with disabilities were regularly featured in awareness campaigns delivered by rehabilitation agencies and advocates intent on boosting public support for rehabilitation programs and their overall social and vocational objectives for disabled people. These awareness campaigns were devised to highlight rehabilitated people’s abilities and employability while underscoring the capacity of the modern rehabilitation system to help facilitate access to participation in mainstream society. However, the promotion of disability also addressed the rehabilitation industry’s demand for clients at a time when civil rights activism questioned the legitimacy of professional intervention in the lives of disabled people. The “cult of the expert” that had historically pervaded the lives of disabled people was seen by disability activists as continuing to define the experience of disability and its presentation to the rest of society despite the onset of consumer rights and independent living philosophies. Insulated by their high esteem and business priorities, rehabilitation agencies and advocates were reluctant to share power with self-help disability activists. Yet, the growing influence of disability rights activism in public and

political spheres over the course of the 1980s forced rehabilitation advocates into a collaborative position in order to pursue shared goals of social and economic integration.

« Former les 'handicapés capables' : Rééducation, conscientisation et poursuite de l'employabilité au Canada, 1970-1990 »

L'élargissement et la visibilité croissante de la communauté handicapée au Canada pendant les années 1970-80 a encouragé le développement d'industries massives de services reliés au handicap. Le "travail du handicap" incluait une grande palette de professions et métiers conçus pour assister les personnes concernées par des handicaps à différents niveaux de pathologies et d'infirmités. La rééducation, en particulier en prélude à des finalités individuelles professionnelles, comporte un parcours extensif et prolongé à travers divers régimes de formation conçus pour aider les corps infirmes à approcher des standards normatifs de l'adaptabilité définis par les professionnels qualifiés. Les innovations médicales et technologiques améliorent la capacité des programmes de réadaptation à produire des personnes handicapées hautement "capables", si bien que les professionnels en sont venus à croire que leur formation et leur expérience leur a fourni un niveau de connaissances et de crédibilité les qualifiant en tant qu'experts concernant l'expérience qu'ont les handicapés du handicap.

Les personnes en situation de handicap ont été régulièrement présentées dans des campagnes de sensibilisation lancées par des agences de réhabilitation et les militants. Elles avaient pour but d'encourager le soutien du public en faveur des programmes de rééducation, et par là les objectifs globaux de ces dernières, de nature sociaux et professionnels. Ces campagnes de sensibilisation ont été imaginées afin de mettre en avant les aptitudes et l'employabilité des personnes rééduquées tout en soulignant la capacité du système moderne de réadaptation à faciliter l'accès à leur participation à la société dominante. Néanmoins, la publicité du handicap a aussi permis d'adresser à la réadaptation la demande de clients dans l'industrie, à une époque où l'activisme militant en faveur des droits civils met en question la légitimité d'une ingérence professionnelle dans la vie des personnes handicapées. Le "culte des experts", qui a historiquement perverti les vies des personnes handicapées, était vu par les activistes du secteur du handicap comme continuant à définir l'expérience du handicap et sa présence au sein de la société malgré l'essor des droits du consommateur et des philosophies de vivre individuelles.

Isolées par leur haute opinion d'elles-mêmes et leurs priorités commerciales, les agences de réhabilitation et les militants étaient réticents à partager leur pouvoir avec les activistes handicapés indépendants. Finalement, l'influence grandissante de l'activisme en faveur des droits des handicapés dans les sphères publiques et politiques tout au long des années 1980 a obligé les militants pour la réhabilitation à adopter une position de collaboration afin de poursuivre les objectifs communs d'intégration sociale et économique.

Delia Gavrus : "‘Making Bad Boys Good:’ Surgery for Juvenile Delinquents during the Progressive Era"

This paper looks at surgical interventions that juvenile delinquents were subjected to as a means of purportedly curing their "criminal tendencies." In the first two decades of the 20th century in the United States, a number of American surgeons, both homeopaths and allopaths, recommended surgery for boys who had been brought to the attention of juvenile courts. From the removal of adenoids to circumcision to skull and brain surgery for removing a supposed "pressure on the brain," these surgeons used the scalpel to address various social problems: truancy, stealing, "viciousness."

The paper focuses especially on skull and brain surgeries, a phenomenon that has been completely overlooked by social historians and historians of medicine. I situate this practice both in the Progressive Era culture of reform and rehabilitation, as well as in the context of turn-of-the-century American medicine. I show how this practice was sustained by alliances between doctors, civic reformers, and Juvenile Court judges and probation officers in cities all over the United States, but especially in the Midwest and Southwest. I argue that these surgeries point to a surprising continuity of practice between a variety of nineteenth-century ideas and theories (localization of

function, mechanical irritation) and mid 1930s psychosurgeries for mental illness, a continuity that has not yet been explored by historians.

« *'Making Bad Boys Good' Chirurgie pour les jeunes délinquants au cours de l'Ere Progressiste* »

Cette présentation a pour but d'examiner les interventions chirurgicales auxquelles des jeunes délinquants ont été soumis afin de soi-disant guérir leurs «tendances criminelles». Aux Etats-Unis, pendant les deux premières décennies du 20ème siècle, un certain nombre de chirurgiens américains, à la fois homéopathes et allopathes, recommandaient la chirurgie pour les jeunes hommes qui avaient été portés à l'attention des tribunaux pour mineurs. De l'ablation chirurgicale des végétations adénoïdes à la circoncision, ou à la chirurgie du cerveau pour éliminer une soi-disant "pression sur le cerveau," ces chirurgiens utilisaient le scalpel pour traiter divers problèmes sociaux: l'absentéisme, le vol, la "méchanceté".

Cette présentation met l'accent en particulier sur les chirurgies du cerveau et du crâne, un phénomène qui a été complètement négligé par les historiens sociaux et historiens de la médecine. Je situe cette pratique au contexte culturel de la réforme et de la réhabilitation de l'Ere Progressiste, ainsi que dans le contexte de la médecine américaine du début du siècle. Je montre que cette pratique chirurgicale a été soutenue par des alliances entre les médecins, les réformateurs municipaux, les juges des tribunaux pour mineurs et les agents de probation dans les villes aux États-Unis, mais surtout dans le Midwest et le Sud-Ouest. Je soutiens que ces chirurgies mettent l'accent sur une surprenant continuité entre une variété d'idées et théories du dix-neuvième siècle (localisation de fonction, irritation mécanique) et les chirurgies des maladies mentales au milieu des années 1930, une continuité qui n'a pas encore été explorée par les historiens. Je soutiens que ces chirurgies indiquent une continuité surprenante entre une variété d'idées et théories du dix-neuvième siècle (localisation de fonction, irritation mécanique) et le psychochirurgie au milieu des années 1930, une continuité qui n'a pas encore été explorée par les historiens.

Sarah Glassford : "That They May Live': Symbolic Sacrifice and the Success of the Canadian Red Cross National Blood Donor Service, 1940-1945"

In his 1995 article "Charles H. Best, the Canadian Red Cross Society, and Canada's First National Blood Donation Program," Richard W. Kapp lamented scholars' neglect of the history of Canada's first foray into nation-wide voluntary blood collection during World War II. This wartime initiative, which laid the foundations for today's blood system in Canada, remains an undeservedly neglected area of study in 2012. This paper will take up the story of the origins of Canada's voluntary blood collection system from a new angle: while Kapp detailed the behind-the-scenes scientific, medical, and administrative developments which led to its creation and explained why the Canadian Red Cross Society (CRCS) was a good fit for the nascent program, this paper will examine the program's public face, and explain why blood collection was, in turn, such a good fit for the CRCS.

The CRCS's history of public health activity in war and peace and its national network of branches certainly made it a suitable choice, as Kapp suggests. However, I will argue that two further factors contributed to making the CRCS/blood relationship as successful as it was in this period. First, both the Canadian Red Cross Society, and blood itself, possessed enormous symbolic power: each brought with them potent and complementary associations with sacrifice, love, and kinship. Second, the CRCS wartime publicity department turned its considerable skill to the task of selling the blood program as another (literally) life-saving element of the CRCS's broader humanitarian mission. CRCS publicity implied that blood donation united civilians and soldiers in a mutually sacrificial relationship: what greater gift could Canadian civilians give to servicemen risking their lives overseas, than the very blood running through their veins? Together, the symbolic power of blood and of the Red Cross, channelled through the expert hands of the CRCS publicity department and conveyed to a public already primed for patriotic service of all kinds, helped make the country's first attempt at a nation-wide blood collection program an overwhelming success.

« 'Qu'ils peuvent vivre:' Le sacrifice symbolique et le succès du système de don de sang national de la Croix-rouge canadienne, 1940-1945 »

Dans son article de 1995 "Charles H. Best, the Canadian Red Cross Society, and Canada's First National Blood Donation Program," Richard W. Kapp s'est lamenté sur le fait que l'histoire de la première incursion canadienne d'un système national de don de sang volontaire (pendant la Seconde guerre mondiale) a été négligé par les historiens. Cette initiative du temps de guerre, qui a précédé le système de don de sang canadien d'aujourd'hui, reste négligée. Mon article-ci continue l'histoire des origines du système de don de sang volontaire au Canada d'une perspective nouvelle. Kapp a expliqué les développements scientifiques, médicaux, et administratifs qui ont produit le système et pourquoi la société canadienne de la Croix-rouge été bien assortie à la nouvelle activité; mon article examinera la face publique du système, et expliquera pourquoi le don de sang, à son tour, été bien assorti à la Croix-rouge.

L'histoire de la Croix-rouge dans le champs de la santé publique au temps du paix et de la guerre, et son réseau national des succursales l'ont fait un bon choix, comme Kapp suggère. Toutefois, je propose que deux éléments additionnels ont contribué à faire le rapport entre la Croix-rouge et le sang le succès qu'il a devenu dans ce période. Premièrement, la Croix-rouge et le sang, tous les deux, ont possédé un pouvoir symbolique énorme, et chacun avaient des associations puissantes et complémentaires avec le sacrifice, l'amour, et la famille. Deuxièmement, le département de la publicité de la Croix-rouge utilisait son expertise à vendre le système de don de sang qu'un autre élément du programme humanitaire de la Croix-rouge qui peut préserver les soldats de la mort. La publicité de la Croix-rouge sous-entendait que le don de sang crée un lien de sacrifice mutuel entre les civils et les soldats. Les soldats risquaient leurs vies aux pays étrangers: lequel cadeau plus important pourraient le donner les civils canadiens, que le sang qui circulait dans leurs veines? Toute ensemble, les pouvoirs symboliques du sang and de la Croix-rouge, transmettraient par le département de publicité de la Croix-rouge aux citoyens prêts pour la service patriotique de toutes sortes, ont contribué au succès magnifique de la première incursion canadienne d'un système national de don de sang volontaire.

Nancy Gonzalez-Salazar* : « L'essor de la profession médicale dans le Rio de la Plata au 19^{ème} siècle vu à travers les actions des médecins lors des crises épidémiques »

Au Rio de la Plata, à l'époque de la conquête (au 16^{ème} siècle), le monde médical ne disposait ni de structures de contrôle ni de mécanismes de régulation de la praxis médicale. Ce n'est que vers la fin du 18^{ème} siècle que des tentatives d'organisation de la médecine ont été effectuées. Mais, se trouvant encore à l'état embryonnaire, la formation des médecins et l'essor des institutions ne pouvaient pas être envisagées. Ce n'est vraiment qu'au cours du 19^{ème} siècle que la sphère médicale commence à s'organiser par des actions concrètes. Des générations d'étudiants, argentins comme uruguayens, sont parties vers l'Europe afin de se former et d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences scientifiques. C'est ainsi que l'on assiste à la naissance d'une institution médicale proprement rioplatense qui, dans la seconde moitié du siècle, prendra une place prépondérante au sein de la société.

Cette communication sera centrée sur l'analyse de l'importance progressive prise par les médecins de cette région du Cône Sud et sur les changements qui se sont opérés, tant aux niveaux politique, religieux et sociétal, du fait de leur croissante intervention dans tous les domaines sociaux. Pour cela, l'on prendra comme étude de cas les phénomènes de crises épidémiques de fièvre jaune et de choléra ayant frappé les villes de Buenos Aires et Montevideo à plusieurs reprises au 19^{ème} siècle. A l'aide de l'étude des sources premières écrites par divers acteurs sociétaux (prêtres des arrondissements, membres de la société civile et membres de la sphère politique aussi bien que médicale), nous pourrons voir comment, dans un premier temps, il a existé une étroite collaboration entre l'institution cléricale et les médecins dans le but particulier d'assister la population défavorisée, puis de quelle manière s'est effectuée la médicalisation de la société et l'autonomisation de la sphère médicale qui, dans la deuxième moitié du siècle, a conduit à l'affaiblissement du rôle d'institution englobante tenu jusqu'alors par l'église auprès de la société civile.

“The Development of the Medical Profession in the Rio de la Plata Region in the 19th Century as seen Through the Doctors’ Actions during Epidemic Crises”

In the Rio de la Plata region, at the time of the Conquest (16th century), the medical world had neither control structures nor mechanisms regulating medical praxis. It was not until the late 18th century that attempts to organize medicine were made. But, still in its infancy, physicians’ training and the development of institutions could not yet be considered. It was only during the 19th century that the medical sphere began to take concrete action to organize. Generations of students, from Argentina as well as Uruguay, departed to Europe to be trained and acquire new knowledge and scientific skills. It is then that we can witness the birth of a genuinely rioplatense medical institution, which in the second half of the century, would take a prominent place in society.

This paper will focus on the analysis of the growing importance of doctors in this region of the Southern Cone and on the changes that occurred in the political, religious and societal realms, as a consequence of their increasing involvement in all social areas. To illustrate this, we will use the case of the yellow fever and cholera epidemic crises that struck the cities of Buenos Aires and Montevideo repeatedly in the 19th century. Analysing primary sources written by various societal actors (district priests, members of civil society and of the political as well as medical spheres), we show how, at first, a close collaboration between doctors and clerical institutions existed for the specific purpose of assisting the disadvantaged population, and then how the medicalization of society and empowerment of the medical sphere that took place in the second half of the century weakened the encompassing institutional role that had previously been held by the church within civil society.

Heather Graham* : “To care for nurses is to care for patients’: Patient Advocacy and the Manitoba Nurses’ Union”

In 1974 the Provincial Staff Nurses’ Council of Manitoba (PSNC - a predecessor to the Manitoba Nurses’ Union) made an explicit link between nursing work and patient health, arguing that ‘to care for nurses is to care for patients.’ This paper will explore the relationship between patient advocacy and the nature of unionism in caregiving work, analyzing nurses’ demands for improved patient care through the histories of labour and gender.

The PSNC began a tradition within the nurses’ union of promoting the link between the quality of working conditions for nurses, and the well-being of patients. By improving working conditions for the province’s nurses, nursing advocates argued, patient care and their health care experience would inherently benefit; the reverse argument was that deteriorating work conditions for nurses would negatively affect patient health. Beyond a collective bargaining tactic, however, many bedside nurses adopted caregiving and patient advocacy as central to their identity and to their understanding of the role of nursing unionism.

As the organization responsible for nurses’ collective bargaining in Manitoba evolved from association to union, caregiving remained at the core of the Manitoba Nurses’ Union’s philosophy and approach to unionism. Using media accounts and union documents, this paper will consider how the language of patient advocacy has shaped the Manitoba Nurses’ Union from its inception to the provincial nurses’ strike in 1991. It will analyze how gender has intersected with labour activism to generate a focus on patient advocacy and caregiving.

« ‘En prenant soin des infirmiers, on prend soin des patients’ : La défense des intérêts des patients et le Syndicat des infirmiers et des infirmières du Manitoba »

En 1974, le Provincial Staff Nurses’ Council du Manitoba (PSNC- un des prédécesseurs du Manitoba Nurses' Union) a créé un lien explicite entre le travail infirmier et la santé des patients, en raisonnant qu’« en prenant soin des infirmiers, on prend soin des patients.» Ce document porte sur la relation entre la défense des intérêts des patients et le rôle des syndicats dans le travail de prestation des soins et analyse les demandes des infirmiers pour l’amélioration des soins des patients par le biais des récits historiques de la main d’œuvre et du genre.

Le PSNC a commencé une tradition au sein des syndicats des infirmiers et des infirmières en encourageant des liens entre la qualité des conditions de travail des infirmiers et des infirmières et le bien-être des patients. En

améliorant les conditions de travail des infirmiers et des infirmières provinciaux, les défenseurs des infirmiers et infirmières argumentent que les soins aux patients et leurs expériences de ses soins de santé en profiteraient beaucoup; l'envers de l'argument serait qu'en empirant les conditions de travail pour les infirmiers et infirmières, la santé des patients en serait affectée négativement. Au-delà de la manœuvre des négociations collectives, plusieurs infirmiers et infirmières de chevets ont intégré au cœur de leur identité et de leur compréhension du rôle des syndicats des infirmiers et infirmières la défense de prestation des soins et les intérêts des patients.

Pendant que l'organisation responsable des négociations collectives des infirmiers et des infirmières du Manitoba a évolué d'une association à un syndicat, les prestations de soins ont été conservées au cœur de la philosophie et de l'approche du syndicalisme du Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba. Nous examinerons comment le langage de la défense des intérêts des patients a modelé le Manitoba Nurses' Union à partir de ses origines jusqu'à la grève provinciale des infirmiers de 1991, par l'intermédiaire des comptes-rendus médiatiques et des documents syndicaux. Nous analyserons comment les genres et la main d'œuvre activiste se sont croisés afin de générer la mise en évidence de la défense des intérêts des patients et des prestations des soins.

François Guérard : « L'émergence de politiques nutritionnelles au Québec, 1936-1977 »

Un virage dans les politiques sanitaires au Québec s'amorce avec l'apparition en 1936 d'une Division de la nutrition au sein du ministère de la santé. Alors que l'action gouvernementale dans le domaine de l'hygiène publique avait jusqu'alors visé presque exclusivement le contrôle des maladies contagieuses et de la mortalité qui leur était associée, la nouvelle division va s'attaquer à d'autres types de problèmes. Modestement dans un premier temps, des mesures nutritionnelles sont mises en place, faisant intervenir divers ministères au sein des gouvernements fédéral et provincial, particulièrement ceux responsables de la santé, de l'éducation et de l'agriculture. La présente communication traitera de l'émergence et de l'évolution de ces mesures jusqu'à l'énoncé en 1977 d'une Politique de la nutrition par le gouvernement du Québec. Entre la création de la Division de la nutrition et cette politique globale de nutrition, une quarantaine d'années ont passé pendant lesquelles il est généralement considéré que les organismes d'hygiène publique ont tardé à ajuster leurs programmes à la révolution épidémiologique en cours, en négligeant la prévention des maladies chroniques désormais à l'avant-scène du paysage sanitaire. Nous entendons revenir sur cette assertion.

Quels acteurs orientent les décisions quant aux programmes d'intervention privilégiés, que sont au juste ces programmes, quelle envergure ont-ils? Quels moyens se donnent les responsables sanitaires afin de convaincre les Québécois de modifier leurs habitudes alimentaires, par exemple de manger plus de fruits et de légumes, un objectif apparu dans les années 1940 et demeuré encore aujourd'hui au menu des nutritionnistes? Les rapports annuels des ministères concernés, les archives de la Division de la nutrition, les nombreuses brochures publiées par les agences gouvernementales permettent de retracer les actions entreprises: recherche sur l'alimentation des Québécois et sur ses carences, formation de personnel spécialisé, déploiement de mesures éducatives visant pour une bonne part les écoliers mais aussi la population dans son ensemble, distribution d'aliments à des populations cibles.

New sanitary policies emerge in Quebec with the creation in 1936 of a nutritional Division of the Health department. While the government public health actions had previously aimed almost exclusively at the control of contagious diseases and the reduction of the linked mortality, the new division fought against other kinds of problems. Some nutritional measures were gradually applied at the provincial and federal levels mainly by the ministries responsible for health, education and agriculture. This paper traces the emergence and evolution of such measures until 1977 when the provincial government first put forward a global nutritional policy. For about forty years between the founding of the Division and this global policy, it is often considered that public health organizations had been slow to adjust their programs to the ongoing epidemiologic revolution, by neglecting the prevention of chronic diseases. I intend to question this last assertion by examining actions designed during this period to convince people to change their food habits. Annual reports of ministries, government archives, numerous educational publications, and newspapers are used to discover what has been done for nutrition: research on what people eat, training of qualified nutritional workers, and educational methods and measures

meant for boys and girls attending school as well as for the entire population, and distribution of food to target populations.

Catherine Haney* : “From Prohibited Taboo to Controversial Professional Practice: Historical Perspectives of Canadian Nurses and Their Abortion Work”

In 1969 and in 1988, major amendments were made to the federal Canadian abortion laws. These changes carried significant implications not only for Canadian women seeking abortion services, but also for the practitioners who provided them with the requisite medical and nursing care. Although nurses were, and remain, fundamental providers of abortion care, their historical contributions to and experiences of abortion provision in this country remain largely undocumented and un-analyzed.

This study explores the development of clinical abortion work for nurses in Canada within broader historical legal and social contexts. Using historical discourse analysis, I examine the articles, advertisements and letters-to-the editor that appeared in the primary professional journal, *The Canadian Nurse*, before and after abortion’s initial legalization in 1969 and eventual decriminalization in 1988 as primary source material. I trace the challenging progression of abortion nursing work from prohibited taboo to controversial professional practice. This research not only adds to the current body of nursing historiography, but also contributes to more nuanced understandings of the discipline in general and broader Canadian medical, political, and social history.

« Du tabou interdit à la pratique professionnelle controversée: Des perspectives historiques sur les infirmières et les infirmiers canadiens et leur travail par rapport à l'avortement »

En 1969 et en 1988, des modifications importantes ont été apportées aux lois fédérales canadiennes portant sur l’avortement. Ces changements ont eu des répercussions importantes, non seulement pour les femmes canadiennes demandant l’avortement, mais aussi pour les praticiens fournissant les soins médicaux et infirmiers requis. Au Canada, bien que les infirmières et les infirmiers ont fourni, et continuent à fournir, des soins fondamentaux par rapport à l’avortement, leurs contributions ainsi que leurs expériences au fil des années demeurent largement non documentées et non analysées.

Cette étude explore le développement de l’avortement en clinique pour les infirmières et les infirmiers canadiens dans un contexte historique juridique et social. En utilisant une analyse historique du discours, j'examine les articles, les publicités et les lettres à l'éditeur qui ont paru dans le journal professionnel primaire, *L'Infirmière canadienne*, ma source principale d'information - avant et après la légalisation initiale de l’avortement en 1969 et la dépénalisation qui s'ensuit en 1988. Je trace la progression difficile du travail d'infirmier par rapport à l’avortement, du tabou interdit à la pratique professionnelle controversée. Cette recherche contribue non seulement à l'ensemble actuel de l'historiographie des soins infirmiers, mais aussi à une compréhension plus nuancée de la discipline en général et à l'histoire médicale, politique et sociale du Canada.

James Hanley : “Lodgers and their Houses: Constructing Regulations in Victorian England and Wales”

Houses let in lodgings were a common and important part of the housing landscape in 19th century Britain. The range of lodgings varied tremendously, from a house including a single room let to a single lodger, to a multi-roomed establishment each let to separate lodgers, to tenement houses occupied by the most impoverished people in extremely cramped conditions, and with every gradation in between. Lodging became a focus of attention in the early Victorian period because of links forged between certain houses-with-lodgers and crime, immorality, and disease. These concerns gave an impetus to regulation, and by the early 1850s, Parliament passed several different measures to regulate what it called “common lodging houses.”

Parliament first required the compulsory control of common lodging houses in England and Wales under the 1851 and 1853 Common Lodging House Acts. According to these acts, police could enter common lodging houses without a warrant and without notice, at all times of the day or night. This extraordinary police power itself had to be policed, as it was inconceivable that private houses could be dealt with in this way. The control of lodging houses thus presupposed the construction of a boundary, encircling those persons and properties subject to relatively unrestricted inspection. That was not an easy matter. Parliament wrestled with four different definitions of “common lodging houses” in seven different bills in the space of a decade, and the three most important acts controlling common lodging houses were passed with no definition at all. The inability statutorily to define lodging houses did not, as Tom Crook and other have pointed out, prevent certain houses-with-lodgers from being regulated. These houses were, as many historians have noted, filled with the poorest people, but class alone cannot explain this development, and control of lodging illustrated the complex ways in which sex, class health, and property intersected in the control of certain domestic spaces and the simultaneous construction of an outcast group.

« *Les chambreurs et leurs maisons : L'élaboration de règlements en Angleterre victorienne et au pays de Galles* »

Les maisons de chambres étaient un élément commun et important du paysage du logement dans l'Angleterre du XIX^e siècle. Le mode d'hébergement variait considérablement, d'une maison à une seule chambre louée à un chambreur unique à une maison à plusieurs chambres louées à des chambreurs individuels et à des immeubles de rapport de qualité minimale occupés par les gens les plus pauvres dans des conditions d'entassement extrême, et à tout mode entre ces derniers. Le logement a fait l'objet d'une attention particulière au début de l'ère victorienne en raison des liens tissés entre certaines maisons de chambres et le crime, l'immoralité et la maladie. Ces préoccupations ont donné une impulsion à la réglementation et au début des années 1850, le Parlement a adopté plusieurs mesures pour réglementer ce qu'on appelait des « maisons de chambre communes ».

Aux termes des *Common Lodging House Acts* de 1851 et 1853, le Parlement a d'abord exigé un contrôle obligatoire des maisons de chambres communes en Angleterre et au pays de Galles. En vertu de ces lois, les policiers pouvaient entrer dans une maison de chambres sans mandat, sans préavis et en tout temps (jour et nuit). Ce pouvoir policier extraordinaire devait lui-même être régi, car il était inconcevable de traiter les maisons privées de la même manière. Le contrôle des maisons de chambres présupposait donc l'établissement d'un périmètre autour des personnes et propriétés assujetties à des inspections relativement exemptes de restrictions. La situation n'était pas simple. Le Parlement a discuté de quatre définitions d'une « maison de chambre commune » dans le cadre de la soumission de sept différents projets de loi au cours d'une décennie et les trois lois les plus importantes sur le contrôle des maisons de chambres ne contenaient aucune définition. Comme Tom Crook et d'autres l'ont signalé, l'incapacité légale de définir les maisons de chambres n'a pas empêché que certaines d'entre elles soient réglementées. De nombreux historiens ont mentionné que ces maisons étaient remplies des gens les plus pauvres, mais la question de classe ne peut expliquer seule une telle réglementation. Le contrôle des logements illustre plutôt la manière complexe dont le sexe, les classes sociales, la santé et la propriété interagissaient pour contrôler certains espaces domestiques et créer simultanément un groupe marginal.

Sandra Harrisson* : « Les théories du *care* et les défis de la communautarisation : Une vision de changement »

Les différentes réformes et politiques gouvernementales en Ontario mises en place dès la première vague de désinstitutionnalisation en santé mentale avaient pour but de développer un réseau de services communautaires pour desservir la population atteintes de troubles psychiques. L'évolution de ces politiques, à travers les rapports *More for the Mind* (1963), *Graham* (1988), *Putting People First* (1993) et *Making It Happen* (1999) est marquée par des tentatives décevantes de passer d'une politique d'institutionnalisation à une politique de communautarisation. Malgré certains progrès, le système canadien de soins de santé mentale demeure, trop souvent, fragmenté et sous-financé. La stigmatisation généralisée continue d'imprégner la vie des personnes atteintes de maladie mentale. La santé mentale demeure une faible priorité dans la sphère politique (Goldner, Jenkins, Palma & Bilsker, 2011).

Face à cette problématique nous proposons une nouvelle lecture de la situation en utilisant les théories du *care* et une perspective historique pour permettre d'identifier les lacunes et les faiblesses des politiques ontariennes en santé mentale. Suite à une première lecture des données récupérées aux archives de l'hôpital Montfort, nous remarquons de nombreuses réadmissions et de longs séjours pour les patients psychiatisés sur l'unité de courte durée, ce qui pousse notre réflexion sur l'efficacité des services spécialisés à court terme dans le milieu hospitalier et l'absence de ces services dans le milieu communautaire. Nous questionnons le manque de volonté politique et le manque de financement. En effet, au lieu d'investir dans la communauté, le gouvernement s'appuie sur les familles et les organismes communautaires pour prodiguer les soins aux personnes atteints de troubles mentaux. Cette première piste d'analyse veut mettre de l'avant la vision de changement qu'apporte l'éthique du *care* au niveau de la politique et des services communautaires.

“Theories of Care and the Challenges of Communitarisation: A Vision of Change”

The various government policies and reforms implemented in Ontario in the first wave of deinstitutionalization in mental health aimed to develop a network of community services to serve the population with mental disorders. The evolution of these policies, through reports *More for the Mind* (1963), *Graham* (1988), *Putting People First* (1993) and *Making It Happen* (1999) is marked by disappointing attempts to move from a policy of institutionalization to a policy of community services. Despite some progress, the Canadian system of mental health care remains too often fragmented and underfunded. Widespread stigma continues to permeate the lives of people with mental illness. Mental health remains a low priority in the political sphere (Goldner, Jenkins, & Bilsker Palma, 2011).

With respect to this issue, we propose a new reading of the situation using the theories of care and a historical perspective to identify gaps and weaknesses in mental health policy in Ontario. Following a first reading of the data collected in the archives of the Montfort Hospital, we observe many long stays and readmissions on the short-stay psychiatric unit, which leads us to reflect on the effectiveness of specialized short-term services in hospital and the absence of services in the community. We question the lack of political will and the lack of funding. Indeed, instead of investing in the community, the government relies on families and community agencies to provide care for people with mental disorders. This first analysis will put forward the vision of change brought by the ethics of care at the political level and community services.

Paula Hastings : “West Indian Medical Students Combat the ‘Colour Bar’ at Queen’s and McGill during the First World War”

During the First World War, the faculties of medicine at Queen’s and McGill imposed restrictions on the admittance and training of students of colour. Clinical instruction, usually conducted at nearby hospitals, presented a problem because returned white soldiers receiving medical care often refused treatment from anyone other than white doctors and white medical students. Queen’s consequently prohibited the admission of prospective black students and expelled all 15 black medical students in residence, most of whom were from the British West Indies. McGill’s Faculty of Medicine admitted black students, but they were required to undergo their clinical training elsewhere, often at a medical training facility in New York or Boston.

Students of colour contested these racist practices by establishing periodicals to articulate their claims for equality, forming protective associations, and appealing to their imperial and colonial governments for redress. Deploying the language of racial justice and imperial citizenship, they negotiated the terms of their engagement with Canada. In this paper I explore how West Indian medical students responded to discrimination at Queen’s and McGill during and immediately following the war. I argue that their responses were local manifestations of colonized peoples’ global struggle for racial justice, political representation and self-determination.

By advocating self-determination for subject peoples and exposing the increasingly blatant contradictions of contemporary colonialisms, West Indians in Montreal and Kingston participated in, and expanded, what Michelle

Ann Stephens has called a “global political imaginary” of black subjects. Through trans-national protest and organization, West Indian medical students in Canada established crucial political alliances that ultimately proved subversive to existing structures of imperial rule.

« Les étudiants en médecine antillais combattre la discrimination raciale à McGill et à Queens pendant la Première Guerre mondiale »

Pendant la Première Guerre mondiale, les Facultés de médecine de McGill et de Queens ont appliquées des restrictions concernant l’admission et la formation des étudiants noirs. L’enseignement clinique, généralement fait dans les hôpitaux avoisinants, a présenté un problème parce que plusieurs des patients blancs ont refusé des soins médicaux prodigués par des médecins noirs. En particulier, les soldats revenus de la guerre ont souvent refusé d’être soigné par un médecin ou un étudiant qui n’était pas blanc. Donc, la Faculté de Médecine de Queens a interdit l’inscription de nouveaux étudiants noirs et a expulsé les 15 étudiants noirs en résidence, dont la plupart étaient Antillais. Celle de McGill a accepté les étudiants noirs, mais seulement à partir de septembre 1916 avec la contrainte de suivre leur formation en obstétrique aux États-Unis.

Les étudiants noirs ont mis au jour ce racisme en publiant dans la presse leurs demandes pour l’égalité, en créant des rapports pour se protéger et en demandant à leurs gouvernements la capacité de porter plainte. En utilisant le langage de la citoyenneté impériale et en demandant la justice raciale, ils ont négocié les termes de leur engagement avec le Canada. Dans cette présentation, j’examine comment les étudiants antillais en médecine ont répondu à la discrimination vécue à McGill et à Queen pendant et immédiatement à la fin de la guerre. Je démontre que leurs réponses étaient une manifestation locale de la lutte mondiale des peuples colonisés pour la justice raciale, la représentation politique, et l’autodétermination.

En demandant l’autodétermination des peuples soumis et en exposant les contradictions de plus en plus flagrantes du colonialisme contemporain, les Antillais de Montréal et de Kingston participent et élargissent, ce que Michelle Ann Stephens appelle un «imaginaire politique mondial» des sujets noirs. Grâce à la protestation et à l’organisation transnationale, les étudiants antillais en médecine au Canada établissent des alliances politiques cruciales qui se sont opposées aux structures de gouvernance impériale.

Travis Hay and Kristin Burnett : “The Food Mail Program, Nutrition North, Indian Policy and the Canadian North, 1960-2010”

This paper examines the impact of the Food Mail Program and its successor Nutrition North on the health and well-being of northern First Nations in the post WWII period. The Food Mail Program is a government subsidy initiative that was meant to provide remote access communities with nutritious and affordable fresh foods from the South through Canada Post. The program (now defunct) began in the 1960s and was, in part, a follow-up to Inuit Relocation Policies, as well as a response to the discovery of methyl-mercury and other food-contaminating pollutants in northern ecosystems. After several commissioned studies revealed that the program functioned poorly, the Food Mail program was replaced by Nutrition North Canada in 2011. Under Nutrition North Canada subsidies for shipping goods up North are given directly to the retailer who is expected to pass the savings on to consumers at the register. The price of food has not decreased under the new program and the cost of living in the North remains extraordinarily high.

Drawing on government literature, newspaper coverage, and corporate reports, this paper contends that the wider discourse surrounding the Food Mail and Nutrition North programs reinforce a set of racialized assumptions that characterized Indigenous peoples as ignorant and in desperate need of nutritional education and health intervention. Thus, this paper argues that the Food Mail Program - and later Nutrition North - operated as technologies of power through which the federal government sought to transform the national patterns of Indigenous peoples, and replace them with insufficient and poorly-planned substitutes that have had devastating effects on health and community wellness in the north.

« *Le Programme Aliments-poste, le Programme Nutrition Nord, la Politique Indienne, et le Nord Canadien, 1960-2010* »

Cette article examine les impacts du programme Aliments-poste et son successeur le programme Nutrition Nord Canada (NNC) sur la santé et le bien-être des collectivités des Premières Nations du nord dans les décennies après la deuxième guerre mondiale. Le programme Aliments-poste est une initiative de la gouvernement Canadienne en concert avec Postes Canada qui a été conçu de fournir les collectivités éloignées avec des aliments nutritifs à un prix abordable. Le programme a commencé dans les années 1960 et était, sous certains aspects, une conséquence des délocalisations des Inuits et la découverte de méthyl-mercure et d'autres polluants dans les écosystèmes du nord. Après beaucoup d'études ont démontré que le programme était dysfonctionnel ou, au moins, inefficace, le programme Aliments-poste a été remplacé par NNC en 2011. Sous NNC, les subventions pour le transport de marchandises vers le nord sont donnés directement aux détaillants qui sont suppose de donner cette épargnes à la clientele. Le prix des aliments n'a pas diminué avec NNC, et le coût de la vie que persiste dans le nord est étonnamment élevé.

En cherchant dans la littérature gouvernementaux, les articles des journalistes, et les rapports des entreprises, cette article soutient que le discours de le programme Aliments-poste et NNC renforce une série de stéréotypes racistes qui construisent les autochtones comme ignorants de la nutrition et ont besoin d'éducation et des interventions de la santé. Donc, cette article insiste sur le fait que le programme Aliments-poste – et, en plus tard, NNC - a fonctionné comme technologies du pouvoir et facons par lesquelles le gouvernement fédéral a cherché de transformer les schémas nationaux de Premières nations, et les ont remplacer avec des substituts insuffisantes qui ont causé les effets dévastateur sur la santé et le bien-être des collectivités des Premières Nations du nord.

Carol Helmstadter : “The Founder of Modern Nursing Reconsidered”

One hundred years after the death of Florence Nightingale and more than a generation after the resurgence of the history of nursing, new perspectives on this remarkable lady, who is almost universally considered the founder of modern nursing, continue to emerge. Since Sir Edward Cook published his superb biography in 1913 over fifty biographies of this controversial lady have appeared. More importantly, a vast amount of new primary sources have been made public. Yet Nightingale and the central question of her role in the development of modern nursing still remain something of an enigma.

This paper examines Nightingale’s contributions to modern nursing relying in large part on some of the new materials which have come forward. Secondary sources include Monica Baly’s work, the Bostridge biography, Nelson and Rafferty's *Navigating Nightingale*, Helmstadter and Godden’s *Nursing Before Nightingale*, and a large number of relevant works which provide context. Primary sources are found in the Nightingale papers in the British Library, London Metropolitan Archives, Wellcome Institute, the McDonald *Collected Works of Florence Nightingale*, the archives of the London teaching hospitals, a number of the provincial teaching hospitals and the archives of two Anglican sisterhoods.

I explore Nightingale’s impact on the new nursing within the broader context of improvements in education and the position of women in nineteenth century society, medical advances, the economic climate, and especially the Victorian sense of party and institutional loyalty which influenced Nightingale’s approach to her training school. I believe one can make an argument, although I don't think it is 100% fair, that Nightingale had a detrimental impact on nursing. I conclude that she strongly influenced the development of nursing but she cannot be considered the founder of modern nursing. The sisterhoods, both Roman Catholic and Protestant, and the heritage of the earlier nineteenth century system of hospital nursing were all equally important factors.

« *Nouveau regard sur la fondatrice de la profession infirmière des temps modernes* »

Cent ans après la mort de Florence Nightingale et plus d'une génération après la résurgence de l'histoire des soins infirmiers, de nouvelles facettes de cette femme remarquable, presque universellement considérée comme la fondatrice de la profession infirmière des temps modernes, continuent d'émerger. Plus de cinquante biographies de cette femme controversée ont paru depuis la superbe biographie publiée par Sir Edward Cook en 1913. Et surtout, un nombre important de nouvelles sources primaires ont été rendues publiques. Pourtant, Florence Nightingale et la question essentielle de son rôle dans l'évolution des soins infirmiers des temps modernes demeurent plus ou moins énigmatiques.

Cette communication examine les contributions de Florence Nightingale à la profession infirmière des temps modernes, essentiellement à partir de certains des nouveaux documents mis au jour. Au nombre des sources secondaires figurent l'ouvrage de Monica Baly, la biographie de Bostridge, *Navigating Nightingale*, de Nelson et Rafferty, *Nursing Before Nightingale*, d'Helmstadter et Godden, ainsi qu'un grand nombre d'ouvrages contextuels pertinents. Les sources primaires se trouvent dans les documents sur Nightingale conservés à la British Library, aux London Metropolitan Archives, au Wellcome Institute, dans les McDonald *Collected Works of Florence Nightingale*, dans les archives des hôpitaux d'enseignement de Londres, dans plusieurs hôpitaux d'enseignement provinciaux et dans les archives de deux congrégations anglicanes.

J'étudie l'influence de Florence Nightingale sur la nouvelle profession infirmière dans le contexte élargi des améliorations apportées en éducation et de la position des femmes dans la société du XIX^e siècle, des avancées médicales, du climat économique, et surtout, du sens victorien de la loyauté envers le parti et de la loyauté institutionnelle qui ont influé sur l'approche de Florence Nightingale à l'endroit de son école de formation. Je crois qu'on peut avancer, sans pourtant que ce soit tout à fait équitable, que Florence Nightingale a eu une influence négative sur les soins infirmiers. Je conclus qu'elle a fortement influé sur l'évolution des soins infirmiers, mais qu'elle ne peut être considérée comme la fondatrice de la profession infirmière des temps modernes. Les congrégations catholiques et protestantes ainsi que l'héritage du système de soins infirmiers en milieu hospitalier au début du XIX^e siècle ont joué un rôle tout aussi important.

Beatrix Hoffman : "The Fight for Medicaid in Arizona: A case of State-Based Activism for Health Care Rights in the United States"

In the summer of 2012, the United States Supreme Court upheld the Affordable Care Act (ACA or Obamacare), the most sweeping reform of the health care system in US history. However, the court struck down one major provision of the law: the requirement that states expand their Medicaid insurance systems to cover people with incomes up to 133% of the poverty level. Several Republican governors have announced that they will refuse to enact the now-voluntary Medicaid expansion in their states, meaning that millions of Americans who cannot afford private coverage (even under the new system) will remain uninsured.

Medicaid, a health insurance system for the poorest Americans, was created in 1965 as part of the sweeping reform legislation of President Lyndon B. Johnson's Great Society. The program funded jointly by the federal government and the states, but due to the tradition of states' rights in the US, states were not *required* to implement Medicaid. The vast majority of states quickly took advantage of the new federal funding, but there was one major holdout: the southwestern desert state of Arizona. Conservative politicians in the state refused to adopt a Medicaid program until 1983.

This paper examines the coalition of citizen activist groups that protested Arizona's refusal of Medicaid. Clergy, welfare rights activists, and Latino rights groups organized the Human Rights of Arizona coalition in the early 1980s to demand that the state accept federal funds to provide health care to the poor. Arizona health care activists faced unique challenges, including a die-hard conservative state leadership, a longstanding and fiercely defended tradition of county-based medical services for the indigent, and a federal health care system for Native Americans that some feared would be weakened if Medicaid came to the state. The paper is based primarily on the

organizational records of Human Rights of Arizona held at the Hayden Library of Arizona State University. The battle over Medicaid in Arizona is an important case study of activism on behalf of the right to health care for the poor, and also offers lessons for today's battles over Medicaid expansion under the Affordable Care Act.

« La Lutte pour Medicaid en Arizona: Un cas d'activisme pour les droits de la santé au niveau de l'État aux États-Unis »

Pendant l'été de 2012, La Cour suprême des États-Unis a confirmé la loi Affordable Care Act (ACA ou Obamacare), la plus vaste réforme du système de santé dans l'histoire américaine. Cependant, la Cour a aussi invalidé un article important de la loi: l'obligation pour tous les États américains de reformer leurs systèmes d'assurance Medicaid pour élargir la couverture de santé pour les personnes dont le revenu jusqu'à concurrence de 133% du seuil de pauvreté. Plusieurs gouverneurs républicains ont annoncé qu'ils vont refuser de promulguer l'expansion de Medicaid dans leurs pays. Cela signifie que des millions d'Américains qui ne peuvent s'offrir une assurance privée (même sous le nouveau régime) restera non assuré.

Medicaid, un système d'assurance maladie pour les Américains les plus pauvres, a été créé en 1965 dans le cadre de la loi sur la réforme radicale de «la société Grande » du président Lyndon B. Johnson. Le programme est financé conjointement par le gouvernement fédéral et les États, mais en raison de la tradition des droits des États aux États-Unis, les États ne sont pas obligés de mettre en œuvre Medicaid. La grande majorité des États ont rapidement pris l'avantage sur le nouveau financement fédéral, mais il y avait un état qui faisait encore obstacle : l'État de désert sud-ouest de l'Arizona. Les politiciens conservateurs dans cet État ont refusé d'adopter un programme Medicaid jusqu'en 1983.

Cette communication vise à examiner la coalition d'activistes politiques qui manifestait contre le refus de Medicaid par l'Arizona. Les prêtres, les activistes politiques, et les militants pour les droits des Latinos ont organisé la coalition des « Droits de l'homme de l'Arizona » dans les années 1980 pour exiger que l'Etat accepte des fonds fédéraux pour fournir des services de santé aux pauvres. Les activistes de la santé en l'Arizona se confrontaient aux défis uniques, y compris un leadership de Etat extrêmement conservateur, une tradition très établis et fortement défendu des services médicaux pour les indigents dans chaque comté, et un système de la santé fédéral pour les Amérindiens que certains craignaient serait affaiblie si Medicaid est venu à l'État. Cette communication se base principalement sur les documents de l'organisation de « Droits de l'homme de l'Arizona », qui sont conservés à la Bibliothèque Hayden à la faculté de l'université de l'Arizona State. La bataille sur Medicaid en Arizona est un étude de cas important de l'activisme au nom du droit de la santé pour les pauvres, et propose également des leçons pour les combats d'aujourd'hui sur l'expansion de Medicaid en vertu de la loi de Affordable Care Act (ACA).

Alice Huang* : “There is a soul-sickness at the bottom of it all’: Indigenous Encounters with Protestant Medical Missionaries on the North-central Coast of British Columbia, 1880-1930”

Medical and healing work comprised a significant part of missionary efforts to convert Indigenous peoples to Christianity. On the north-central coast of British Columbia, which had one of the highest population densities of Aboriginal peoples in nineteenth-century Canada, epidemics from introduced European pathogens became especially pronounced. Consequently, B.C. became one of the most active regions for medical missionary work. Starting in the late 1880s, an entire “theo-medical bureaucracy” of missionaries and mission infrastructure, mainly from Protestant denominations, emerged on the B.C. coast. The spatial locus of life in mission villages evolved around two institutions: the church and the hospital. This paper will explore the history of Protestant medical missionary work among Indigenous cultures of British Columbia’s north-central coast, including the Tsimshian, Heiltsuk, and Haisla peoples. The paper argues that religious proselytization and healing work should not be positioned as separate historiographical concerns, or viewed as mutually irreconcilable endeavours, but studied as a shared project of Christian missionization. Drawing from Foucauldian and postmodern theory, the paper considers the ways in which medical missionization informed and shaped Indigenous understandings of the body and soul. Through an ethnohistorical methodology, it examines ethnographic and missionary records to

demonstrate how Euro-Western medical cosmology diverged from, but also converged with, Indigenous conceptualizations of health and healing. In many instances, medical missionization did not result in the wholesale disruption of traditional healing practices and knowledge, but created new spaces of possibility and transformation. Instances of Indigenous resistance to Euro-Western biomedicine, as well as the emergence of medically-pluralistic practices, demonstrate that Indigenous peoples found ways to subvert colonial hegemony and generate new forms of healing epistemologies.

« 'C'est un mal de l'âme qui en est au fond' : Rencontres entre autochtones et les missionnaires médicaux protestants dans la région centre-nord côtière de la Colombie-Britannique, entre 1880 et 1930 »

Les services médicaux et curatifs comportaient une part importante des efforts des missionnaires visant la conversion des autochtones au christianisme. Dans la région centre-nord côtière de la Colombie-Britannique, où vivait l'une des populations les plus denses des peuples autochtones au Canada pendant le 19^e siècle, les épidémies engendrées par l'introduction de pathogènes européens furent des plus prononcées. Par conséquent, la C.-B. devint l'une des régions les plus actives quant aux oeuvres missionnaires médicales. Dès la fin des années 1880, une "bureaucratie théo-médicale" complète émergea sur la côte de la C.-B., fondée sur une infrastructure de missions et de missionnaires provenant surtout de dénominations protestantes. La vie dans les villages de missions se centrait autour de deux institutions, soit l'église et l'hôpital. Ce texte se penchera sur l'histoire des oeuvres missionnaires médicales protestantes parmi les cultures indigènes dans la région centre-nord côtière de la C.-B., y compris les Tsimshian, les Heiltsuk, et les Haisla. Ce travail présente des arguments selon lesquels les oeuvres de prosélytisme religieux et celles de guérison ne devraient pas figurer indépendamment les unes des autres au niveau historiographique, ou être traitées à titre d'efforts inconciliables, mais devraient être étudiées comme un projet conjoint sur la dissémination des missionnaires chrétiens. En se fondant sur Foucault et la théorie postmoderne, ce travail se penche sur les façons selon lesquelles le missionnisme médical instruisait et formait la conception autochtone du corps et de l'âme. Suivant une méthodologie ethnohistorique, il examine les documents missionnaires et ethnographiques afin de démontrer les divergences et aussi les convergences qui existaient entre la cosmologie médicale euro-occidentale et les concepts autochtones de la santé et de la guérison. Dans bon nombre de cas, l'évangélisation médicale n'entraîna pas un dérangement complet des méthodes et connaissances traditionnelles de la guérison, mais créa plutôt des occasions de partage et de transformation. Les instances de résistance à la biomédecine euro-occidentale de la part des autochtones, ainsi que l'apparition de pratiques médicales pluralistes démontrent comment les peuples indigènes trouvèrent des façons de contrer l'hégémonie coloniale et d'engendrer de nouvelles formes d'épistémologie de la guérison.

Geoffrey L. Hudson : "A Crisis in Disability Advocacy: Bill 188 in Ontario, 1979"

This is a study of conflict among and within organizations advocating for improvements in disability rights, focusing on a fascinating, relatively early, case in the Province of Ontario.

From the 1970s disability advocacy groups from a number of different sectors began to seek societal and political change, mounting active campaigns for improvements in transportation, employment, housing, and the elimination of architectural barriers, as well as in fundamental human rights. During this period one of the major government bodies that responded to these concerns was the Ontario Advisory Council on Disability Issues. The Ontario government's Advisory Council, established in 1975, was the first of several similar provincial bodies established across Canada designed to advise the government, and interact with disability and provider groups and individuals. It consisted principally of disabled individuals and activists, and was active in pioneering efforts to develop broad health and policy initiatives to support the participation of persons with disabilities in all avenues of community life.

In 1979 the Ontario government tabled Bill 188, An Act for Providing Rights to Handicapped Persons. This piece of legislation proved to be extremely controversial, splitting the Advisory Council, and creating widespread but by no means universal opposition to the government's proposed legislation amongst disability activist groups.

Using archival records, interviews, and public records, this paper will explore the nature of the raging controversy over the legislation for disability advocates, and resulting political developments. It will also examine the short and long term import of this crisis for the advisory council, disability groups, and the development of human rights for disabled peoples in Canada.

« *Une crise dans la défense des droits des personnes handicapées : Le projet de loi 188 en Ontario, 1979* »

Ceci est une étude du conflit entre et au sein des organismes plaidoyant pour l'amélioration des droits des personnes handicapées. Elle est centrée sur un dossier fascinant, l'un des premiers dans la province de l'Ontario.

Dans les années 1970, des groupes de défense des personnes handicapées d'un grand nombre de secteurs cherchaient des changements sociaux et politiques. Ils amorcèrent des campagnes actives pour l'amélioration en matière de transport, d'emploi, de logement, de l'accessibilité ainsi que des droits fondamentaux de la personne. Pendant cette période, le Conseil consultatif de l'Ontario sur les affaires des personnes handicapées était l'un des plus grands organismes gouvernementaux responsable pour répondre à ces besoins. Établis en 1975, ce conseil ontarien était le premier organisme parmi d'autres organismes provinciaux au Canada dont le mandat était de conseiller le gouvernement et d'interagir avec les groupes pour les personnes handicapées, les fournisseurs de services et les individus. Le conseil comprenait principalement de personnes handicapées et des défenseurs de droits. Le conseil et ses membres étaient engagés dans les premiers efforts pour développer des initiatives politiques et de santé visant à encourager la participation des personnes handicapées dans tous les volets de la vie communautaire.

En 1979, le gouvernement a soumis le projet de loi 188, une loi prévoyant les droits des personnes handicapées. Cette mesure législative a fait preuve de grandes controverses. Elle divisa le conseil consultatif et créa une opposition répandue, mais pas universelle, contre la législation proposée par le gouvernement au sein des organismes plaidoyant pour l'amélioration des droit des personnes handicapées.

À l'aide de documents archivistiques, d'entrevues et de documents publics, cet article explore la nature de la controverse par rapport à la législation pour les défenseurs des droits des personnes handicapées et les développements politiques qui en aient résulté. Cet article examine aussi l'importance à court et à long terme de cette crise pour le conseil consultatif, les groupes pour les personnes handicapées et le développement des droits des personnes handicapées au Canada.

Esyllt Jones : “From Moscow With Love: Soviet Medicine and Interwar Health Activism in Canada”

In 1935, Frederick Banting and Norman Bethune (two ‘fathers’ of Canadian medical research rarely considered together) traveled to the Soviet Union to witness firsthand the accomplishments of the Soviet health care system, and to attend the 15th International Physiologists’ Congress in Leningrad. Like many others from across the political spectrum, the two men were compelled by the Soviet Union’s vision for health care; both became avowed supporters of Soviet medicine and ‘socialized health’ more generally. Bethune’s conversion to communism is by far the better known of their responses to their Soviet encounter, but Banting’s enthusiasm for the Soviet system is perhaps the more interesting. Although largely dismissed by his biographer, Banting’s Soviet journey clearly affected him personally and politically. Banting’s support for Soviet health care -- and his arguments in favour of ‘socialized medicine’ upon his return to Canada -- are highly suggestive of the wide-ranging capacity for the Soviet Union to generate deep fascination among health advocates during this period, and the significance of the Soviet Union as a model for state involvement in health care provision.

This paper discusses Banting’s and Bethune’s perceptions of Soviet health care, and sets them in the context of ongoing debates about health and medical care in Canada and beyond during the interwar years. Referencing texts such as Sir Arthur Newsholme’s *Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia* (1933), and Henry Sigerist’s *Socialized Medicine in the Soviet Union* (1937), the paper will place Canadian health care advocacy in the context of

debates about health and social equality then taking place in the broader North Atlantic world, and evaluate the importance of this transnational debate to the evolution of 'state medicine' in Canada.

« *De Moscou avec amour : La médecine soviétique et l'activisme de santé au Canada d'Entre-deux-guerres* »

En 1935, Frederick Banting et Norman Bethune (deux «pères» de la médecine canadienne qui sont rarement étudiés ensemble) ont voyagé à l'Union soviétique afin de témoigner en personne les réussites du système de soins de santé soviétique, et afin d'assister au 15^e congrès international des physiologistes à Leningrad. Tout comme plusieurs gens du spectre politique, les deux hommes ont été très impressionnés par la vision des soins de santé de l'Union soviétique; les deux sont devenus des partisans avérés de la médecine soviétique et de manière plus générale, de la «socialisation de la santé.» La conversion au communisme de Bethune est une des conséquences les mieux reconnues qui découle de leur séjour soviétique, mais l'enthousiasme de Banting pour le système soviétique est peut-être un fait plus intéressant. Même étant rejeté dans sa biographie, le séjour soviétique de Banting l'a sans aucun doute touché d'une manière personnelle et dans sa pensée politique. L'appui de Banting pour les services de soins et de santé soviétique – et ses arguments favorisant la « médecine socialisée » lors de son retour au Canada- suggèrent fortement la très grande capacité de l'Union soviétique à générer une fascination profonde parmi les défenseurs de la santé durant cette époque, ainsi que l'importance de l'Union soviétique comme modèle pour l'implication de l'état dans la mise à disposition du système de santé.

Les perceptions du système de santé soviétique de Banting et de Bethune seront examinées dans le cadre des débats continus, portés sur la santé et le système médical au Canada et au-delà de l'Entre-deux-guerres. Les textes de Sir Arthur Newsholme *Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia* (1933) et d'Henry Sigerist *Socialized Medicine in the Soviet Union* (1937) serviront d'appui à la mise en situation de la défense du système de santé canadien dans les débats de santé et d'équité sociale qui ont eu lieu à cette époque et dans l'ensemble du monde de l'Atlantique du Nord et nous évaluerons l'importance de ce débat multinational dans l'évolution de « l'état de médecine » au Canada.

Lori Jones* : “For the compassion that I have of the poore people’: Intended versus Potential Audiences for Contagious Disease Tracts in Late Medieval and Early Modern England”

Late medieval and early modern English medical treatises were often dedicated to the ‘common man, woman, and child.’ Historians typically dismiss prefatory and inter-textual dedications, however, as being little more than sales tactics. They suggest instead that only medical practitioners and the highly educated elite had access to, and read, the treatises. At the same time, historians consider treatises such as contagious disease tracts to be mirrors of contemporary medical beliefs and practices. This ambiguity results in a historiographical disconnect between the tracts’ potential and actual audiences and their influence on or reflection of popular beliefs and practices.

To discern more fully the audience of contagious disease tracts, this presentation explores contemporary medical literacy and literary practices through the textual dedications, codicological features (primarily typeface, number of pages, and physical size), and print histories of the tracts. I will focus on six representative English tracts: ‘De epidemia’ (mid-fifteenth century), the ‘Canutus’ tract (1485), and those attributed to Moulton (1475), le Forestier (1485), Caius (1552), and Phayer (1553). The analysis suggests that, rather than being homogeneous, the tracts targeted different audiences, depending on their authors’ backgrounds and their disease focus, context, format, and level of technical and theoretical detail. Their potential and actual audiences, as a whole, were broad and included not only all those who could read, but also those who had someone to read to them. The analysis also demonstrates that the perceived popularity of plague tracts, based largely upon their ubiquity among contemporary printed medical texts, fails to acknowledge that more than half of the almost seventy English editions printed before 1600 were reprints of just three tracts, each of which was a translated adaptation of a much older treatise whose medical content had remained static for upwards of 250 years.

While the impact of print on the circulation of medical ideas and information was profound, this presentation will demonstrate that previous scholarly assumptions about who might have read the tracts do not stand up to a closer examination, and that regardless of their potential or actual audiences, we cannot assume that the tracts reflected contemporary medical beliefs.

Les traités médicaux anglais de la fin du Moyen Âge et de l'époque moderne étaient souvent dédiés à « l'homme, [la] femme et [l']enfant du commun ». Toutefois, les historiens considèrent généralement ces dédicaces liminaires et intertextuelles comme de simples tactiques de vente, et suggèrent que seuls les médecins et les élites très éduquées avaient accès aux traités et étaient en mesure de les lire. Parallèlement, les historiens considèrent les traités, par exemple les tracts liés aux maladies contagieuses, comme le miroir des croyances et des pratiques médicales propres à une époque. Cette réalité historiographique ambiguë provoque un fossé entre la portée théorique et la portée réelle des tracts médicaux, de même qu'un questionnement quant à leur influence réelle sur les pratiques et les croyances médicales contemporaines.

Dans l'optique de définir plus précisément le public cible des tracts en lien aux maladies contagieuses, cette présentation porte sur les pratiques littéraires et l'alphabetisation telles que perçue à travers les dédicaces textuelles, les caractéristiques codicologiques (principalement les caractères, le nombre de pages, et la taille), et l'histoire de l'impression des tracts. Mon corpus sera composé de six tracts : « De Epidemia » (milieu du XVe siècle), « canutus » voies (1485), de même que les tracts attribués à Moulton (1475), à Le Forestier (1485), à Caius (1552), et à Phayer (1553). Mon analyse suggère que, loin d'être homogènes, les tracts ciblaient une multitude de publics grâce à leurs origines, à leurs auteurs, à leur format, au niveau de détails techniques et théorique présents, et bien entendu à la maladie abordée. Cumulée, la somme des publics anticipés et des publics réels était significative puisqu'elle englobait à la fois ceux qui savaient lire, et ceux qui se faisaient lire. L'analyse démontre également que la notion de popularité associée aux tracts sur la peste en raison de leur ubiquité parmi les textes médicaux imprimés ne tient aucunement compte du fait que plus de la moitié des soixante-dix éditions anglaises imprimées avant 1600 étaient des réimpressions faites à partir d'uniquement trois tracts eux-mêmes traduits ou adaptés à partir d'un traité plus ancien dont le contenu médical est demeuré statique pendant plus de 250 ans.

S'il est indéniable que l'impact de l'imprimerie sur la circulation des idées et des informations médicales a été grand, cette présentation démontrera que les hypothèses relatives aux publics de ces tracts ne résistent pas à un examen plus approfondi. Indépendamment de leurs publics potentiels ou réels, nous ne pouvons pas, en effet, supposer que les tracts sont le reflet de croyances médicales contemporaines.

Jennifer Kwan* : "Infiltrating" Medical Education: The History of the Hannah Chairs"

Prior to the 1800s, history played a prominent role in medical education. However, a paradigm shift occurred in the 1900s and since then, the history of medicine (HoM) has been overshadowed by competing disciplines in the medical sciences. However, the 1970s saw a resurgence of interest in the HoM within medical schools in Ontario and beyond. This change was largely brought about by the efforts of Dr. Jason Hannah and the Associated Medical Services Inc. (AMS), and culminated in the founding of the Hannah Chairs at each of the then five Ontario medical schools. The aim of the Chairs was to prioritize HoM in health science education by fostering teaching, research, and postgraduate study in this field. Now nearly forty years later, it is time to reflect on whether or not the goals of Dr. Hannah and AMS were realized.

Using journal articles, books, published surveys, and firsthand interviews with Hannah Professors and medical students, this presentation will discuss the life of Dr. Hannah and the history of the development of HoM programs at the Ontario schools. Special attention will be given to recent initiatives and challenges.

Through the efforts of the Hannah Professors, each medical school has translated Dr. Hannah's broad goals into tangible strategies; some schools offer lectures and public seminars, while others organize conferences and field trips. These educational opportunities have strongly resounded with Ontario medical students in past decades as

shown by their interest in pursuing HoM research, organizing and attending conferences in the HoM, and petitioning for more HoM in their curriculum.

Nevertheless, challenges remain and the lingering perception of HoM as irrelevant for today's forward-thinking medical students has resulted in an ongoing uphill battle for maintaining HoM within medical education. HoM within medicine is currently in a fragile state, highly dependent on the initiative of individual Hannah Professors and the receptivity and cooperation of their local administrations. In the coming years as the torch is passed on to new Hannah Professors at the various Ontario universities, schools must continually reflect on the educational goals upon which the Chairs were founded.

« S'infiltrer dans l'éducation médicale: L'histoire des chaires Hannah »

Avant la vingtième siècle, l'histoire a joué un rôle très important dans les écoles de médecine. Toutefois, un changement de paradigme s'est produit dans les années 1900 et depuis lors, l'histoire de la médecine a été éclipsée par d'autres disciplines. Cependant, les années 70 ont vu un regain d'intérêt pour l'histoire de la médecine dans les facultés de médecine en Ontario et au-delà. Ce changement a été largement provoqué par les efforts du Dr Jason Hannah et son Associated Medical Services (AMS). Ils fondèrent des chaires Hannah dans les cinq facultés de médecine de l'Ontario. Les chaires visait à prioriser l'histoire de la médecine dans l'enseignement des sciences santé en favorisant l'enseignement, la recherche, et des études de troisième cycle dans ce domaine. Maintenant presque quarante ans plus tard, il est temps de réfléchir sur les legs du Dr Hannah et AMS.

En utilisant des articles de revues, livres, enquêtes publiées et entrevues avec les professeurs Hannah et les étudiants en médecine, cette présentation traitera la vie du Dr Hannah et l'histoire de l'élaboration de programmes d'histoire de la médecine dans les écoles de l'Ontario. Attention spéciale sera accordée aux enjeux et initiatives récentes.

Chaque faculté de médecine a traduit les grands objectifs du Dr Hannah en stratégies concrètes; certaines écoles offrent des cours et des conférences publiques, tandis que d'autres organisent des conférences et des visites sur le terrain. Ces possibilités éducatives ont fortement résonné avec les étudiants de médecins de l'Ontario comme le montre leur intérêt pour la recherche en histoire de la médecine, leur intérêt dans l'organisation de conférences, et leur demande d'avoir plus d'histoire de la médecine dans leur éducation

Néanmoins, les défis demeurent. L'histoire de la médecine dans les facultés de médecine est actuellement dans un état fragile, fortement tributaire de l'initiative individuelle des professeurs Hannah et la réceptivité et de la coopération de leurs administrations locales. Dans les années à venir, les écoles doivent refléter continuellement sur les buts éducatifs sur lesquels étaient fondées les chaires.

Bronwyn Labrum : "Creativity, Convivial Craft, or Cultural Citizenship? Art and craft from a Therapeutic Perspective in Postwar New Zealand"

This paper considers therapeutic art and craft practices from an institutional perspective, providing a New Zealand case study of an international phenomenon. Although there were forays in the interwar period, occupational therapy (or craft therapy) was formally established in New Zealand in the wake of the Second World War, as it was realised that something should be done about the demoralising effects of long-stay and institutional care in mental hospitals, general hospitals and tuberculosis sanatoria. There are studies of the Occupational Therapy Training School established at Auckland Mental Hospital from 1940 and the wider profession, as well as of occupational therapy as part of the history of mental hospitals in the nineteenth and twentieth centuries. This paper, in contrast, focusses on the experiences and material culture that practices of occupational therapy produced: it has been memorably described in one history as going 'beyond baskets and bunnies'. It places the makers and products of this therapy in the context of wider craft-making and explores the extent to which it was encouraging 'creativity'; was a form of convivial craft (as was happening at the same time in rural women's organisations in the wider society); or actually might be construed as a form of cultural citizenship (following the cultural production

ideals of John Ruskin and William Morris), in a period when this idea was bound up with the whole notion of what arts and crafts was or might be. In tracing this set of practices and experiences, this paper contributes to a broader cultural history of craft in this period, albeit from an institutional context. Rather than sealing institutions of healing and rehabilitation off from the society of which they were inevitably a part, it links them to their wider context, in this case bringing together the domain of arts and crafts and the social history of medicine.

Créativité, artisanat convivial ou citoyenneté culturelle? L'art et l'artisanat selon une perspective thérapeutique dans la Nouvelle-Zélande de l'après-guerre

Ce document porte sur la pratique de l'art et de l'artisanat à des fins thérapeutiques d'un point de vue institutionnel à la lumière d'une étude de cas de la Nouvelle-Zélande pourtant sur ce phénomène international. Même s'il y a eu des tentatives de thérapie occupationnelle (ou de thérapie par l'artisanat) durant la période d'entre-guerre, cette forme de thérapie ne s'est officiellement établie en Nouvelle-Zélande qu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, au moment où l'on a pris conscience que quelque chose devait être fait à l'égard des effets démoralisants des longs séjours et des soins institutionnels reçus dans les hôpitaux psychiatriques et généraux et les sanatoriums. Il existe des études traitant de la Occupational Therapy Training School installée à la Auckland Mental Hospital à partir de 1940 et de la profession en général, de même que de la thérapie occupationnelle à titre de partie de l'histoire des hôpitaux psychiatriques au dix-neuvième et au vingtième siècle. Par contre, le présent document se concentre sur les expériences et la culture matérielle engendrées par la pratique de la thérapie occupationnelle, laquelle a été décrite de façon mémorable par un auteur comme une activité allant au-delà « de la simple confection de paniers et de lapins ». Il situe les artisans et les œuvres produites en thérapie dans le contexte plus large de l'artisanat, et il explore la mesure dans laquelle cette thérapie favorisait la « créativité »; était une forme d'artisanat convivial (comme cela se produisait à la même époque dans les organisations de femmes rurales dans la société en général); ou si elle pouvait, en fait, être perçue comme une forme de citoyenneté culturelle (à l'exemple des idéaux de production culturelle de John Ruskin et William Morris), à une période où cette idée était liée à toute la notion de ce qu'étaient l'art et l'artisanat ou de ce qu'ils pourraient être. En retraçant l'ensemble de ces activités et de ces expériences, bien que ceux-ci relèvent d'un contexte institutionnel, ce document contribue à élargir l'histoire culturelle de l'artisanat de cette époque. Plutôt que d'isoler les établissements de guérison et de réadaptation de la société dont elles faisaient inévitablement partie, il les rattache à leur contexte plus large, dans ce cas-ci, en joignant le domaine des arts et de l'artisanat à l'histoire sociale de la médecine.

Tess Lantarotta* : "The Cold War on Alcoholism: Gender, Politics and the Shaping of American Alcoholism, 1950-1965"

By the 1950s, alcoholism in America had been transformed from a moral or even criminal flaw to a disease that required treatment and care. This was due largely to the success of the modern alcoholism movement, an alliance between scientists and activists dedicated to the idea that alcoholism was a disease. The alcoholic beverage industry, no longer obligated to answer for alcoholism, could market their products as a luxury that capitalism offered to productive middle-class citizens. The rise of the disease paradigm of alcoholism was driven by an urgent desire among politicians, businessmen, and the media to demonstrate that capitalism and consumer culture provided spiritual and physical well-being.

This paper will explain how the gendered politics of the Cold War were mapped onto the disease paradigm of alcoholism. When respectable middle-class men and women developed alcoholism, it served as a disturbing reminder of the communist argument that alcoholism was a "disease of capitalism." Many American employers, concerned with the effect of alcoholic employees on efficiency, developed corporate treatment programs. Activists like National Council on Alcoholism founder Marty Mann implored alcoholic housewives to seek treatment; although, these women, especially those who were mothers, would find it difficult to escape the stigma long associated with female alcoholism. Treatment, whether through Alcoholics Anonymous or corporate programs, was shaped by a desire to uphold traditional gender roles and domestic life as both satisfying and healthy. Meanwhile, the American media anxiously reported on studies of

Soviet treatment programs and on how rates of alcoholism in the United States compared to those in Soviet countries.

By the mid-1960s, dissent emerged over the meanings of alcohol and alcoholism in American society. Female students at Duke University fought for the right to drink alcohol in their dormitories, a privilege male students already enjoyed. In 1963, Betty Friedan argued that alcoholism among housewives was due to their lack of fulfillment. These new interpretations cast alcohol as liberating and alcoholism as the result of the pressures of conformity. Such arguments complicated the framing of alcoholism that had emerged during the early years of the Cold War.

« La guerre froide sur l'alcoolisme: biais sexuel, politique et l'élaboration de l'alcoolisme américain, 1950-1960 »

Par les années 1950s, la définition de l'alcoolisme en Amérique a passé d'un défaut moral, voire criminel, à une maladie nécessitant soins et traitements. Ce nouveau point de vue est survenu par le succès d'un mouvement moderne découlant d'une alliance entre les scientifiques et les activistes promouvant l'alcoolisme en tant que maladie. Les industries de boissons alcooliques, étant donc libérées de toute responsabilité concernant l'alcoolisme, pouvaient ainsi commercialiser leurs produits en tant que luxe offert par le capitalisme aux citoyens productifs de la classe moyenne. L'acceptation de cette nouvelle définition de l'alcoolisme fût fortement encouragée par les politiciens, les hommes d'affaires et les médias qui visaient à démontrer que le capitalisme, et sa culture de consommation, fournit un bénéfice autant au niveau spirituel qu'au niveau du bien-être physique. Ce présent article explique la manière dont les biais sexuels en politique durant la Guerre froide sont impliqués dans la définition de l'alcoolisme. Lorsque les hommes et les femmes bien respectées de la classe moyenne deviennent atteints d'alcoolisme, ceci servait comme un rappel troublant de l'argument communiste qui promulguait l'alcoolisme comme une « maladie du capitalisme ». Nombreux employeurs américains concernés par une baisse du taux d'efficacité d'employés alcooliques mettaient en place, à même leurs entreprises des programmes de traitements. Certains activistes, telle que Marty Mann (fondatrice du Conseil national sur l'alcoolisme) ont imploré aux femmes de foyer alcooliques d'aller chercher le traitement, même si celles-ci, et plus particulièrement les mères de famille, devaient faire face au stigma associé à l'alcoolisme chez les femmes. Les programmes de traitements, tels qu'offerts par Alcooliques anonymes ou offerts par les entreprises, avaient comme objectif de promouvoir le rôle traditionnel des sexes et la vie domestique en tant que satisfaisant et sain. Entre-temps, les médias américains reportaient soigneusement les études sur les programmes de traitements soviétiques et comparaient les taux d'alcoolisme entre ceux des États-Unis et ceux des soviétiques.

Vers la moitié des années 1960, conséquemment à un mouvement de l'égalité des sexes, la société américaine est devenue dissidente sur les thèmes de l'alcool et de l'alcoolisme. À Duke University, les étudiantes défendaient leur droit de consommer l'alcool dans leurs dortoirs, un privilège préalablement apprécié par les étudiants de l'université. De plus, en 1963, Betty Friedan argumenta que l'alcoolisme chez les femmes de foyer était une séquelle d'un sentiment de manque d'accomplissement ressenti chez ces femmes. Ces nouvelles expositions ont teint l'alcool en tant que substance libératrice et, ainsi, l'alcoolisme était une conséquence des pressions de conformité. De tels arguments embrouillèrent la définition de l'alcoolisme qui avait émergée lors des premières années de la Guerre froide.

Tracy Penny Light : "On the Edge of Normal: Doctors, Cosmetic Surgery, and Patient Agency in 20th Century Canada"

Current trends around cosmetic surgery that promote that women should alter themselves (even their genitalia) to look "normal" raise questions about the ways in which the medical profession constructed gender and sexuality through their professional authority over the body in the past and what the implications of that history are in our contemporary world. As Jonathan Metzl and Rebecca Herzig (among others) note, the complex role that doctors play as scientific authorities is increasingly problematized today when patients ask for particular drugs or treatments that allow them to "...occupy active positions as advocates, consumers, or even agents of change..." rather than being "passive victims of medicalization." (Metzl and Herzig, "Medicalization in the 21st Century: An

Introduction," *The Lancet*, 2007 (369), p. 697.) This is perhaps no more evident than in the history of cosmetic surgery in Canada. By the 1980s, patients took an active role in persuading physicians of their need for alteration and, in response, the medical profession increasingly framed patients' requests in psychological, rather than physical terms. At the same time, medical experts questioned the role that consumer discourses played in patient requests for surgery and struggled to frame their decisions in a way that addressed patient welfare. This paper explores the medical discourse on cosmetic surgery in the twentieth century paying particular attention to the ways that patients advocated for body modification and the ways that surgeons reported such cases. Central to the discourse was the notion of "health" and the role it played in the construction of "normal" bodies by physicians and patients in the latter half of the 20th century. I argue that by exploring these constructions we can better understand the perspectives of both physicians/surgeons and patients in participating in such practices. Indeed, exposing the ways in which the disciplinary power of medical science constructed normal, healthy bodies in the past (and the influence of other discourses on those constructions) may well provide us with the tools to effectively construct alternate discourses about health, particularly in light of consumer capitalist messages about what it means to be "healthy" today.

« À la limite du normal : médecins, chirurgie plastique et activisme des patients dans le Canada du vingtième siècle »

Les tendances courantes en chirurgie plastique qui incitent les femmes à altérer leur corps — y compris leurs organes génitaux — de façon à avoir l'air «normal» soulèvent des questions sur la façon dont la profession médicale a dans le passé contribué, en vertu de sa position d'autorité sur le corps humain, à façonner le genre et la sexualité, ainsi que sur les conséquences de cette réalité historique sur notre monde contemporain. Comme le remarquent entre autres Jonathan Metzl et Rebecca Herzig, le rôle complexe joué par les médecins en tant qu'autorités scientifiques devient de nos jours de plus en plus problématique, alors même que les patientes demandent des médicaments ou des traitements qui leur permettent «... d'assumer le rôle actif d'avocates, de consommatrices ou même d'agentes de changement...», plutôt que de demeurer les «victimes passives de la médicalisation.» Nulle part ailleurs que dans l'histoire de la chirurgie plastique canadienne cela n'est-il peut-être plus manifeste. Déjà dans les années 80, en effet, des patientes tentaient activement de convaincre leur médecin de leur besoin d'une altération. En réaction à cela, la profession médicale s'est de plus en plus mise à catégoriser leurs demandes en termes psychologiques plutôt que physiques, en même temps que les experts du domaine médical remettaient en question le rôle joué par un discours consumériste dans les demandes de chirurgie et tentaient avec difficulté de voir dans leurs décisions une question de bien-être des patientes.

La présente communication examine le discours médical sur la chirurgie plastique au vingtième siècle, en portant une attention toute spéciale aux manières dont des patientes se sont faites les avocates de modifications corporelles et aux façons dont les chirurgiens ont rapporté de tels cas. Au cœur de ce discours se trouvait la notion de «santé» et le rôle qu'elle a joué dans la construction de corps «normaux» par médecins et patientes tard dans la seconde moitié du vingtième siècle. Je maintiens que l'examen de ces constructions permet de mieux comprendre les points de vue adoptés et par les médecins/chirurgiens et par les patientes qui prennent part à ces pratiques. En effet, la mise en lumière des manières dont le pouvoir disciplinaire de la médecine a construit la normalité et la santé corporelles dans le passé (ainsi que l'influence d'autres discours sur ces constructions) pourrait bien nous donner les moyens d'efficacement construire des discours alternatifs sur la santé, eu égard en particulier aux messages qu'envoie le capitalisme consumériste sur ce que signifie être «en santé» aujourd'hui.

Heather MacDougall : "Publicizing Prevention: The Health League of Canada and Immunization, 1933-197"

Abstract: Today vaccine hesitancy and/or resistance challenge the effectiveness of provincial immunization efforts. How has this problem arisen and what can be done to counter it? By examining the successful campaigns which the Health League of Canada created between 1933 and 1977, history offers some guidance. Starting with support for the Toronto Health Department's campaign to immunize school children and their preschool siblings with diphtheria toxoid, the Health League, which was a voluntary group dedicated to educating Canadians in the rules of good health, adopted modern publicity techniques to convey its message. Using radio, newspapers, pulpits,

posters and pamphlets, the annual League campaigns were so effective that in 1940 Toronto was the first city over 500,000 worldwide to have no cases and no deaths from diphtheria. This signal achievement prompted the British Ministry of Health to undertake a similar approach in 1942 and also led Canada's Dominion Council of Health to ask the League to organize national immunization weeks. From 1942 onward, the League, led by Dr. Gordon Bates, initially focussed its efforts on increasing uptake of smallpox, diphtheria, tetanus and whooping cough vaccines. In addition to official channels such as school medical inspection and well baby clinics, the League used women's groups, local advertising agencies and national media to 'educate' parents and the public. Its bi-monthly magazine, *Health*, contained articles by noted pediatricians and medical researchers about the benefits of childhood immunization. With a circulation of 22,000 by 1950, *Health* was well-positioned to provide information to Baby Boom mothers and to alert them to new vaccines for polio (1955) and measles (1963). But as women joined the workforce and local health departments ceased to provide preschool clinics and school nurses once all Canadians had access to medical services after 1968, the public-voluntary partnership that had assisted in developing a high level of public confidence in and use of immunization ceased. Understanding the methods and analyzing the rhetoric of the Health League publications and campaigns will provide insight into the creation of public support for and knowledge about disease prevention.

« Mieux faire connaître la prévention – la Ligue canadienne de santé et l'immunisation, 1933-1977 »

De nos jours, l'hésitation et/ou la résistance à se faire vacciner entravent les efforts d'immunisation provinciaux. Quelle est l'origine de ce problème et qu'est-ce qui peut être fait pour le contrer? L'examen des campagnes efficaces menées entre 1933 et 1977 par la Ligue canadienne de santé peut nous aider à cet égard. D'abord en appuyant la campagne menée par le Bureau de santé de Toronto pour immuniser contre la diphtérie toxoïde les enfants d'âge scolaire ainsi que leurs frères et sœurs d'âge préscolaire, la Ligue de santé, formée de bénévoles œuvrant pour sensibiliser la population canadienne aux règles à suivre pour jouir d'une bonne santé, a adopté les techniques publicitaires modernes pour faire passer son message. Faisant appel à la radio, aux journaux, aux chaires, aux affiches et aux brochures, les campagnes annuelles de la Ligue étaient si efficaces qu'en 1940, Toronto était la première ville sur 500 000 dans le monde où n'étaient signalés aucun cas de diphtérie et aucun décès attribuable à cette maladie. Cet exploit remarquable a incité le ministère de la Santé de la Grande-Bretagne à adopter une approche similaire en 1942 et amené le Conseil fédéral d'hygiène du Canada à demander à la Ligue d'organiser des semaines nationales de vaccination. À partir de 1942, sous la conduite du D^r Gordon Bates, la Ligue a commencé à concentrer ses efforts sur l'augmentation de la vaccination contre la variole, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. En plus des filières officielles, comme les examens médicaux scolaires dans les écoles et les cliniques de puériculture, la Ligue faisait appel aux groupes de femmes, aux agences de publicité et aux médias nationaux pour « faire l'éducation » des parents et du public. Son magazine bimestriel, *Health*, contenait des articles de pédiatres et de chercheurs médicaux de renom sur les bienfaits de l'immunisation dans l'enfance. Ayant atteint un tirage de 22 000 exemplaires en 1950, le magazine *Health* était bien placé pour renseigner les mères du Baby-Boom et les informer des nouveaux vaccins contre la polio (1955) et la rougeole (1963). Cependant, l'intégration des femmes au marché du travail et la disparition des cliniques préscolaires et des infirmières scolaires dispensées par les services de santé locaux après 1968, en raison de l'accessibilité des services médicaux pour l'ensemble de la population canadienne, a marqué la fin du partenariat des services publics et bénévoles qui avait contribué à développer un niveau élevé de confiance du public à l'endroit de l'immunisation et de recours aux vaccins. La compréhension des méthodes et l'analyse du discours véhiculé par les publications et les campagnes de la Ligue canadienne de santé donnera un aperçu de la création de l'appui du public pour la prévention des maladies et de la sensibilisation dans ce domaine.

Dan Malleck : "Habitual Risk: Insurance, Professional Authority and the Medicalization of Addiction in the 19th century"

In his influential textbooks on medical jurisprudence, Alfred Swaine Taylor observed that the opium habit, while generally a personal vice, was viewed by the emerging life insurance/assurance industry as a risky behaviour that might preclude an individual obtaining life insurance coverage. Taylor and others, such as the equally influential

Robert Christison, debated in the pages of their books, the truth of this statement: whether opium habit limited life spans, and should be considered by the medical profession as something more than a personal problem, however iatrogenic it may be.

When examining the medicalization of addiction, historians have tended to look to two sources for epistemological roots: medical science and the law. Yet neither of these forms of knowledge is removed from other social, political and economic influences. Like many professionals establishing both their authority and their financial viability, physicians were drawn to the insurance industry as a source of investment to secure their financial future. They were also wooed by the industry, since a medical doctor's certificate was useful, and eventually required, to guarantee that the applicant for insurance was healthy enough that insuring them did not pose an undue risk to the company and its investors. By the end of the century, many insurance companies were hiring physicians to manage corporate divisions dedicated to assessing risk, physician groups were setting prices for the medical exam (paid for by the insurance company) and medical literature on a range of illnesses often included commentary on how that illness might affect the patient's ability to obtain insurance.

This paper looks at how the symbiotic but often fraught relationship between physicians and insurance companies affected the idea of habit as a medical condition. It uses the example of Canadian medical literature, highly influenced by both British and American developments in medical science and medical professionalization, to explore the intricacies of this relationship and whether and how life insurance affected medical ideas.

It posits that historians need to pay attention to the influence of private industry which, even if not directly involved in the practice of medicine (such as the pharmaceutical industry), may have had considerable impact on the development of a disease theory of addiction.

« Le risque d'accoutumance. Assurance, autorité professionnelle et médicalisation de la dépendance au XIXe siècle »

Dans ses manuels scolaires d'influence sur la jurisprudence médicale, Alfred Swaine Taylor observait que l'accoutumance à l'opium, bien qu'elle fût généralement perçue comme un vice personnel, était vue par l'industrie de l'assurance en émergence comme un comportement à risque qui pouvait empêcher un individu d'obtenir une couverture d'assurance-vie. Taylor et d'autres auteurs, tels que Robert Christison, également de grande influence, ont longuement discuté dans leurs livres de la vérité de cette affirmation: si l'accoutumance à l'opium limitait la durée de vie et si elle devait considérée, par la profession médicale, comme plus qu'un problème personnel, quoi qu'elle soit iatrogène.

En examinant la médicalisation des dépendances, les historiens ont eu tendance à regarder les racines épistémologiques à partir de deux sources: la science médicale et le droit. Jusque-là, aucune de ces formes de connaissances n'est retirée des autres influences sociales, politiques et économiques. Tout comme de nombreux professionnels établissant tant leur autorité que leur viabilité financière, les médecins se sont tournés vers l'industrie de l'assurance pour obtenir une source de revenus leur assurant un avenir financier. Ils ont également été courtisés par l'industrie, puisqu'un certificat médical était utile et même requis pour garantir que la personne qui sollicitait de l'assurance soit en assez bonne santé pour être assurée sans poser un risque indu à la compagnie et ses investisseurs. À la fin du siècle, plusieurs compagnies d'assurance embauchaient des médecins pour qu'ils dirigent des divisions d'entreprises dédiées à évaluer le risque. Des groupes de médecins établissaient les tarifs des examens médicaux (payés par les compagnies d'assurance), tandis que la documentation médicale comprenait souvent des commentaires sur comment telle maladie pourrait affecter la capacité du patient à obtenir de l'assurance.

Cet article se penche sur comment la relation symbiotique mais souvent tendue entre les médecins et les compagnies d'assurance a affecté la perception de l'accoutumance en tant que condition médicale. Il prend pour exemple la littérature médicale canadienne, hautement influencée tant par les développements britanniques qu'américains en matière de science médicale et de professionnalisation médicale, en vue d'explorer les complexités de cette relation, et si – et comment – l'assurance-vie a affecté les idées médicales.

L'article propose que les historiens doivent porter attention à l'influence de l'industrie privée qui, sans être

directement impliquée dans la pratique de la médecine (comme l'est l'industrie pharmaceutique), peut avoir un impact considérable sur le développement de la théorie affirmant que la dépendance est une maladie.

Gregory P. Marchildon and Nicole C. O'Byrne : "Last Province Aboard: New Brunswick and National Medicare"

Introduced as a federal-provincial cost-sharing program in the 1960s, Medicare marked a significant milestone in the history of Canada. During the same period, New Brunswick's Robichaud government (1960-1970) introduced a comprehensive policy program known as Equal Opportunity. Medicare aligned ideologically with Robichaud's plan and New Brunswick was one of the first Canadian provinces to support the adoption of universal healthcare. However, surprisingly, New Brunswick was the last province to implement Medicare. Although many of the federal-provincial negotiations occurred under the auspices of Robichaud's Equal Opportunity agenda, the Progressive Conservative government of Richard Hatfield was responsible for the implementation of Medicare in New Brunswick. This paper examines the federal-provincial negotiations surrounding Medicare in order to shed light on the scope of Robichaud's program of Equal Opportunity and re-evaluate the last years of the Robichaud administration and the first Hatfield government in the history of public policy in New Brunswick. Based on primary research, this paper contributes to the regional appreciation of Medicare and enriches the national understanding of arguably Canada's most important social program.

Initié dans les années 1960 comme programme de partage de frais fédéral-provincial, l'introduction d'un système national d'assurance-santé, communément appelé « assurance maladie », a signifié un moment important dans l'histoire Canadienne. Au cours de la même période, le gouvernement Robichaud au Nouveau-Brunswick (1960-1970) a introduit un programme de politique complète appelé « Chances Égales Pour Tous ». L'« assurance maladie » s'alignait idéologiquement avec le plan de Robichaud, et le Nouveau-Brunswick était l'une des premières provinces Canadiennes à soutenir l'adoption des soins de santé universels. Pourtant, le Nouveau-Brunswick était la dernière province à mettre l'« assurance maladie » en vigueur. Bien que la majorité des négociations fédérales-provinciales se sont produites sous les auspices de l'agenda du programme de Robichaud, c'était le gouvernement Conservateur Progressif de Richard Hatfield qui s'est mis responsable de la mise en œuvre de l'« assurance maladie » au Nouveau Brunswick. Ce document examine les négociations fédérales-provinciales concernant l'« assurance maladie » afin d'illuminer l'ampleur du programme des « Chances Égales Pour Tous » de Robichaud, et afin de réévaluer les dernières années de l'administration Robichaud ainsi que le premier gouvernement Hatfield dans l'histoire de l'ordre public au Nouveau-Brunswick. Fondé sur la recherche primaire, ce document contribue à l'appréciation régionale de l'« assurance maladie » et enrichit la compréhension nationale probablement du programme social le plus important au Canada.

Tabitha Marshall : " War and the Brain: Epilepsy, Vertigo and Insanity in the 18th-Century Army"

Studies of military health and medicine in the early modern period tend to focus on the biggest killers of the time: e.g., typhus, dysentery, malaria and yellow fever. In the modern age, researchers have paid increasing attention to brain injuries and the psychological impact of combat. But what of these injuries in the early modern period—do sufficient records exist for eighteenth-century armies? What do the existing records tell us? The starting point for this paper was Thomas Dickson Reide's *View of the Diseases of the Army* (1793). Reide made careful records of the medical cases he saw while a regimental surgeon in the British army; these clearly show that epidemic disease was the biggest killer in his regiment. However, he also records cases of epilepsy, vertigo and insanity. While statistically insignificant, these raise interesting questions about the effect of war and military service in the eighteenth century. Reide devotes a section of his work to epilepsy, and writes that "Epileptic fits are common in the army"(Reide 280). To what extent were such cases of epilepsy, and of vertigo, the result of trauma sustained to the head? He also records several cases of insanity—how prevalent was this in eighteenth-century armies? Can this be linked to what we would consider post-combat trauma? What was the impact of war in this period on mental and psychological health? One of Reide's contemporaries, regimental surgeon Robert Hamilton, wrote about a case of "nostalgia" in the British army. Yet it seems that the British viewed such maladies as peculiar to

continental Europeans, and most of the eighteenth-century literature on “nostalgia” among soldiers was written in German. To what extent, then, did contemporary (military) medical practitioners recognize the psychological impact of war and military service? Research for the British army suggests that neither the link between brain injuries and epilepsy nor the psychological impact of war was recognized in this period. While this makes research into post-traumatic epilepsy and psychological trauma more difficult for the early modern age, the existing evidence supports the hypothesis that both affected soldiers in this period.

« *La guerre et le cerveau: l'épilepsie, le vertige et la démence dans les armées du XVIIIe siècle* »

Les études de médecine militaire du début des temps modernes ont plutôt mis l'accent sur les principales causes de décès de cette époque, comme par exemple, sur la fièvre typhoïde, la dysenterie, la malaria ainsi que la fièvre jaune. Par contre, les chercheurs contemporains se sont penchés de plus en plus sur les lésions cérébrales et sur l'impact psychologique que les combats ont sur les soldats. Mais quelle place ces deux dernières tiennent-elles dans les causes de décès au début des temps modernes? Existe-t-il suffisamment d'annales et d'archives médicales qui documentent les armées du dix-huitième siècle? Que ressort-il de ces annales et archives? Le point de départ du présent article fut l'ouvrage de Thomas Dickson Reide intitulé *View of the Diseases of the Army* (1793). Reide a compilé des annales méticuleuses lorsqu'il était chirurgien dans l'armée britannique, et celles-ci démontrent clairement que les maladies épidémiques sont la principale cause de décès dans son régiment. Toutefois, on retrouve également dans ses annales des cas d'épilepsie, de vertige et de démence. Bien qu'insignifiant, ceux-ci soulèvent des questions intéressantes au sujet de l'impact de la guerre sur le personnel militaire du dix-huitième siècle. Dans sa section au sujet de l'épilepsie, Reide écrit: “ Les crises d'épilepsie sont monnaie courante dans l'armée ” (p. 280). Dans quelle mesure ces cas d'épilepsie et de vertige étaient-ils le résultat de traumatisme subi à la tête? Reide note également plusieurs cas de démence – quelle importance occupaient-ils dans les armées du dix-huitième siècle? Ont-ils un lien avec les traumatismes post-combat? Qu'en est-il de l'impact de la guerre sur la santé mentale à cette époque? Robert Hamilton, un chirurgien contemporain de Reide, a décrit un ouvrage, un cas de “ nostalgie ” trouvé dans l'armée britannique. Pourtant, il semble que les Britanniques considéraient ces cas de “ nostalgie ” comme étant particuliers aux Européens continentaux, et l'ensemble de la littérature du dix-huitième siècle portant sur la “ nostalgie ” militaire était écrit en allemand. Dans quelle mesure les professionnels de la santé dans le milieu militaire reconnaissaient-ils l'impact psychologique de la guerre et du service militaire sur les soldats? Les recherches qui portent sur l'armée britannique suggèrent qu'aucun lien ne fut fait entre les lésions au cerveau et l'épilepsie et les traumatismes psychologiques causés par la guerre dans cette période du début des temps modernes. Bien que ceci rend les recherches sur l'épilepsie post-traumatique et celles portant sur les traumatismes psychologiques de cette époque plus difficile, des preuves appuient l'hypothèse que ceux-ci affectaient tout de même les soldats pendant cette période.

Ashley Mathisen : “So that they may be useful to themselves and the community’: Negotiating Childhood Disability in an Eighteenth Century Institution”

Adolescence is typically defined as the movement from childhood to adulthood, from dependence to independence. Yet for disabled children and young people this progression is one of complexity and negotiation. Mentally and physically disabled children of the poor in the eighteenth century faced a variety of hurdles in securing for themselves a measure of independence; yet many did so, in many cases, aided by philanthropic institutions and societies. By the 1770s, the London Foundling Hospital was faced with the daunting task of securing arrangements of employment or care for a large number of its disabled children. While the Hospital was, in part, concerned with the financial cost of maintaining disabled children into adulthood, the various arrangements the institution negotiated on behalf of its disabled children also reflected a recognition that some level of independence was necessary if these children and young people were to progress into adulthood. The Hospital responded to the challenge of instilling a sense of independence in disabled children by setting in place various negotiated arrangements. These arrangements included trial or flexible apprenticeships which considered the health limitations of the children, and premiums offered to masters willing to take disabled children. Those disabled children who remained in the Hospital were employed as nurses, porters, cleaners, gardeners, and other

types of household servant. Most importantly, these children and young people were paid wages, and many were accorded special privileges. The efforts made by the Hospital on behalf of disabled children reflected the institution's central aims with regard to disabled children: to ensure that they were employed in some form of labour in order to reduce the cost of their care, but also to provide them with a sense of independence and usefulness, and most crucially, to allow them the chance of progressing fully into adulthood. This paper examines how the London Foundling Hospital worked to foster a sense of independence and self-sufficiency among the disabled children in its care, and how these efforts amounted to more than a pragmatic concern with finances; rather, they amounted to a genuine desire to encourage independence as a fundamental precondition for full adulthood.

« 'Alors qu'ils peuvent être utile pour eux-mêmes et de la communauté': Négociation l'enfance handicapée dans un établissement du XVIIIe siècle »

L'adolescence est généralement défini comme le mouvement de l'enfance à l'âge adulte, de la dépendance à l'indépendance. Pourtant, pour les enfants handicapés et les jeunes de cette progression est d'une complexité et la négociation. Les enfants handicapés mentaux et physiques des pauvres au XVIIIe siècle face à une variété d'obstacles à obtenir pour eux-mêmes une certaine indépendance, y et beaucoup l'ont fait, dans de nombreux cas, aidé par les institutions philanthropiques et des sociétés. Dans les années 1770, l'hôpital des enfants trouvés de Londres a été confronté à la lourde tâche de dispositifs de fixation d'emploi ou de s'occuper d'un grand nombre de ses enfants handicapés. Alors que l'hôpital était, en partie, préoccupés par le coût financier de maintenir les enfants handicapés jusqu'à l'âge adulte, les différentes modalités de l'institution négocié au nom de ses enfants handicapés reflète aussi une reconnaissance du fait que certain niveau d'indépendance est nécessaire pour que ces enfants et ces jeunes étaient de progresser dans l'âge adulte. L'Hôpital a relevé le défi d'inculquer un sentiment d'indépendance chez les enfants handicapés en mettant en place divers arrangements négociés. Ces accords ne concernaient procès ou l'apprentissage flexible qui a examiné les limitations de santé des enfants, et les primes offertes aux maîtres désireux de prendre les enfants handicapés. Ces n childre handicapés qui sont restés à l'hôpital ont été employés comme les infirmières, les porteurs, les nettoyeurs, les jardiniers et les autres types de ménage domestique. Plus important encore, ces enfants et ces jeunes ont été versés les salaires, et beaucoup se sont vu accorder des privilèges spéciaux. Les efforts déployés par l'Hôpital au nom des enfants handicapés reflète s de l'institution objectif central en ce qui concerne les enfants handicapés: pour s'assurer qu'ils étaient employés dans une certaine forme de travail afin de réduire le coût de leurs soins, mais aussi de leur fournir des un sentiment d'indépendance et d'utilité, et plus important encore, pour leur permettre de le chance de progresser pleinement dans l'âge adulte. Cet article examine la façon dont le Foundling Hospital de Londres a travaillé pour favoriser un sentiment d'indépendance et d'autonomie chez les enfants handicapés dans ses soins, et comment ces efforts sont élevées à plus d'un souci pragmatique avec les finances, mais plutôt, ils s'élèvent à une réelle volonté de encourager l'indépendance comme condition préalable fondamentale pour la vie adulte.

Nicholas Matte* : "No Fault of their Own": the Erickson Educational Foundation's Educational Campaigns, 1971-1975"

This paper looks at the Erickson Education Foundation (EEF)'s strategy of drawing on medical expertise and professional networks to render transsexuality more acceptable in North America between 1971 and 1975. Having already worked for a number of years to support and develop medical experts and institutions that advocated hormone therapy and sex reassignment surgery for transsexuals, the EEF turned its attention in the 1970s to educating and collaborating with those it identified as "helping professionals." At workshops and other staged learning opportunities in fields such as nursing, social work, and counseling as well as law and religion, the EEF encouraged professional advocates to themselves become educated and in turn educate their peers about transsexualism. Just as it had with medical specialists, the EEF believed that educating helping professionals would benefit transsexuals and it encouraged the most enthusiastic among them to become professional advocates for transsexuals.

Professional audiences responded favorably to both the authoritative medical expertise of their peers as well as to the presence and stories of transsexual representatives whom they saw as having achieved a desirable normalcy. It thus became apparent to the EEF that normative transsexuals could also play a strategic role in representing transsexuals and sex reassignment as socially acceptable and the EEF began pairing transsexual representatives with professional advocates in all its educational programming. Helping professionals and transsexual representatives made significant contributions to socio-cultural attitudes in North American society because the more successfully they educated their audiences, the more they entrenched and constructed transsexuals as a distinct minority group of individuals requiring medical treatment. The only representatives involved in the EEF's extensive programming were those who would represent transsexuality as a bona fide medical condition for which sex reassignment surgery was the appropriate treatment. These helping professionals and transsexuals sought to convince non-transsexual audiences to accept transsexuality as an acceptable medical condition requiring social support and understanding. This paper thus traces a history of complex, yet clear collaboration between actors who sought to shift social and cultural attitudes about transsexuality by drawing not only on medical expertise and authority but also on professional networks and developments.

« Ce n'est pas de leur faute : les campagnes éducatives de l'Erickson Educational Foundation de 1971 à 1975 »

Cette communication se penche sur la stratégie de l'Erickson Education Foundation (EEF) de puiser dans l'expertise médicale et les réseaux professionnels pour rendre la transsexualité plus acceptable en Amérique du Nord de 1971 à 1975. Après avoir passé plusieurs années à soutenir et développer les experts médicaux et les institutions de santé qui administraient l'hormonothérapie et pratiquaient la chirurgie pour changement de sexe, l'EEF s'est tournée durant les années 1970 vers l'éducation et la collaboration avec les personnes qu'elle avait identifiées comme étant des « professionnels aidants ». Dans le cadre d'ateliers et d'autres séances d'apprentissage dans des champs de compétences comme les soins infirmiers, le travail social et le counseling, ainsi que le droit et la religion, l'EEF a encouragé les professionnels à s'éduquer eux-mêmes afin de pouvoir éduquer leurs collègues à propos du transsexualisme. Tout comme elle l'avait fait avec les spécialistes de la santé, l'EEF estimait que l'éducation des professionnels aidants profiterait aux transsexuels et a incité les plus passionnés d'entre eux à devenir intervenants professionnels pour la défense des transsexuels.

Les groupes de professionnels ont réagi favorablement tant à l'expertise médicale de leurs pairs faisant autorité en la matière qu'à la présence et aux récits des transsexuels qu'ils percevaient comme des gens étant devenus normaux. Il est donc devenu apparent pour l'EEF que les transsexuels « normatifs » pouvaient jouer un rôle stratégique important pour rendre les transsexuels et le changement de sexe socialement acceptables et la fondation a donc commencé à jumeler des transsexuels et des intervenants professionnels dans tous ses programmes d'éducation. Ces professionnels aidants et transsexuels ont largement contribué à changer les attitudes socioculturelles dans la société nord-américaine, car plus ils réussissaient à éduquer le public, plus ils parvenaient à ce que les gens voient les transsexuels comme une minorité distincte de gens nécessitant des soins médicaux. Les seuls représentants participant au programme élargi de l'EEF étaient ceux qui pouvaient représenter la transsexualité comme une condition médicale pour laquelle la chirurgie pour changement de sexe représentait le traitement adéquat. Ces professionnels aidants et transsexuels cherchaient à convaincre le public non transsexuel de percevoir la transsexualité comme une condition médicale acceptable nécessitant compréhension et soutien social. Cette communication présente l'histoire d'une collaboration à la fois à la fois complexe et claire entre des intervenants qui désiraient changer les comportements sociaux et culturels relatifs à la transsexualité en se fondant non seulement sur l'expertise et l'autorité médicale, mais aussi sur les réseaux professionnels et le développement des compétences.

Kathryn McKay* : "From Blasting Powder to Tomato Pickles: Patient Labour at Provincial Mental Hospitals in British Columbia, 1885-1920"

This paper explores the tension between occupational therapy, originally an aspect of 18th century moral treatment for the insane, as a therapeutic regime and occupational therapy as a crucial component of fiscal responsibility in the efficient operation of the mental hospitals.

During the last decades of the 19th and early decades of the 20th century, the *Annual Reports* of the Provincial Hospitals for the Insane in British Columbia highlighted the positive aspects of occupational therapy. The Medical Superintendent reported that patients engaged in productive labour often displayed enhanced mental improvement. The variety of statistical tables included in the *Annual Reports* illustrated the fiscal value of this labour. For example tables indicated the number of “man-days” of work completed in a year, the profits on agricultural produce, or the number of items made and repaired by the female patients. On the surface, this combination of narrative and statistical information suggested a well-managed hospital populated by patients enthused with labour as a means of effective therapy.

However, the context and content of the reports indicated that Medical Superintendents manipulated the location of the tables to highlight specific types of data. In an era prior to treatments, the tables closed the discussion of the patient progress on a positive note. As authorities included regimes of therapy, such as hydrotherapy, the tables reflected financial concerns. The language of these reports also revealed the racial and gendered stereotypes that informed the placement of the workers. While authorities placed some skilled workers, generally white and male, in positions related to their trades, they assigned most racialized patients to menial and repetitive tasks, unlikely to promote the amelioration of their mental disturbances, but required for the financial well-being of the institution. Occupational therapy presented an uneven record as a therapeutic regime. While it may have alleviated the boredom of some patients, it most certainly contributed to the monotony of others. Fiscally, however, occupational therapy provided the economic stimulus required by state administered institutions in the early 20th century.

« *De la poudre explosive aux pickles de tomate : le travail des patients dans les hôpitaux de la Colombie britannique, 1885-1920* »

Cette communication étudie la tension existant entre la thérapie occupationnelle, originairement un aspect essentiel du traitement moral réservé aux aliénés au XVIIIe siècle, en tant qu'un régime thérapeutique, et une thérapie par l'occupation comme composant crucial de la responsabilité fiscale dans le fonctionnement de manière efficiente des hôpitaux psychiatriques.

Au cours des dernières décennies du 19e siècle et les premières décennies du 20e siècle, les *Rapports annuels* des hôpitaux provinciaux pour les aliénés de Colombie britannique (*Provincial Hospitals for the Insane*) mettent en avant les aspects positifs de la thérapie occupationnelle. Le directeur médical rapport que les patients occupés à un travail productif montraient souvent des progrès mentaux significatifs.

La diversité des tableaux statistiques inclus dans les *Rapports annuels* illustraient la valeur financière de ce travail. Par exemple, les tableaux indiquaient le nombre de “journée-homme” de travail accompli en un an, les bénéfices des produits agricoles, ou encore le nombre d'unités fabriquées et réparées par les patientes de sexe féminin. En apparence, une telle association d'informations narratives et statistiques suggère un hôpital bien géré et constitué de patients heureux d'effectuer un travail servant également de moyen thérapeutique efficace.

Néanmoins, le contexte et le contenu des rapports indique que les directeurs médicaux manipulaient la conformation des tableaux afin de mettre en avant des types spécifiques de données. A une époque qui privilégie les traitements, les tableaux servaient à clore la discussion sur le progrès des patients de manière positive. Etant donné que les autorités incluait des sortes de thérapeutiques comme l'hydrothérapie, les tableaux reflétaient les préoccupations financières. Le langage de ces rapports révèle aussi les stéréotypes raciaux et de genre qui déterminaient l'emploi des travailleurs. Tandis que les autorités engageaient des travailleurs qualifiés - généralement blancs et mâles- dans des positions reliées à leurs professions, ils assignaient la plupart des patients issus de minorités à des tâches manuelles et répétitives, peu susceptibles de promouvoir l'amélioration de leurs désordres mentaux, mais qui étaient requises pour assurer le bien-être financier de l'institution.

La thérapie occupationnelle représentait une entrée assez inégale en tant que régime thérapeutique. Si d'une part elle a pu soulager l'ennui de certains patients, d'autre part elle a très certainement contribué à la monotonie subie par d'autres. Toutefois, sur le plan fiscal, la thérapie occupationnelle a fourni le stimulus exigé des institutions d'Etat dans la première moitié du 20e siècle.

Kathryn McPherson : “Nurses and Nation-States: The Transnational Migration of European Nurses, 1945-1968”

The international migration of health professionals has a long history. This paper explores one chapter in that history -- the efforts of Europe’s “refugee” nurses to navigate the boundaries of professional licensing, local employment standards, and nation-states (some newly formed) in the years after World War II. Between 1945 and 1968, European trained nurses who had moved to Canada struggled to have their professional credentials recognized. Many had lost their certificates of education or registration, some were unsuccessful in convincing European authorities to forward documentation, while still others had trained at European institutions that had been closed or destroyed during and after the war. For their part, Canada’s provincial nursing authorities – facing a post-war nursing shortage and wanting to make use of immigrant professionals -- needed evidence that foreign-trained nurses possessed qualifications equivalent to the local standard of a three-year hospital-based degree. Facing this transnational crisis of credentialing, nurses turned to the International Council of Nurses (ICN) Assistant Executive Secretary, Alice Sher. The Latvian-born Sher had worked during and after the war in relief and displaced persons camps run by UNRRA and the IRO. There, she had set up Red Cross courses and helped adjudicate the qualifications of camp nurses, midwives and felshers. In 1949, Sher was hired by the ICN where she soon started fielding informal requests from migrant nurses about how they could reconstitute their professional credentials. For the next two decades, nurses from around the world turned to Sher for help, sending personal testimonies and copies of available documents to her office in Geneva. These documents now constitute a rich archival collection held at the University of Pennsylvania Bates Centre for the History of Nursing. Based on the records in that collection relating to nurses who moved to Canada between 1945 and 1968, this paper explores the complicated political and professional boundaries that defined the working lives of European nurses who were displaced by war and reconstruction. The paper analyses how ordinary nurses managed conflicting professional and political boundaries and assesses the role of international agencies – in this case the ICN – in helping ordinary nurses manage those conflicts.

Jenny Millar* : “Religion as Medicine : Pilgrimages, Shrines, and Relics in Medieval Times”

This paper asks the question, how important was the medical role in pilgrimage, shrines and relics in Medieval England? Many historians have looked at healing miracles from the point of view of cures as adjuncts to the religious rituals that took place at shrines. The emphasis has been on the psychosomatic process of illness in conjunction with vitamin deficiency diseases that could be alleviated with the psychological comfort of religion, faith and care of the non naturals. This paper proposes that many rituals were in fact cognizant treatments and were effective for (unrealised) sound scientific reasons, while seeming miraculous.

In looking at the pilgrim’s preparations for arrival at their chosen shrine and the activities around the saint’s relics, I set out to place those activities as relevant therapies in the medieval medical market for the treatment of disease. I also look at cures ascribed to saints that occurred away from the shrines and which could be considered effective first aid treatment appearing as miracles.

Evidence was gathered using recorded miracula, collected and noted by the papal enquiries prior to canonization of four English saints and Henry VI, who although not canonised was held responsible for a large volume of miracula. Visual evidence was gained from miracle windows primarily at Canterbury Cathedral and some from York Minster with illustrations from contemporary medieval work such as Bede’s History of St Cuthbert. A survey of the five shrines was also undertaken as background material for an insight into the pilgrim experience.

Comparing the evidence of treatments available with modern day science, I found a distinct relationship between therapy and cure, therefore to medieval people the various remedies at shrines were an important medical option. The psychological aspect (and faith) cannot be overlooked but it can be argued that too much emphasis has been given to it in the past. I also concluded that there has been little investigation by historians on the role of gender in cause and effect of illness and cures at shrines (particularly in mental health). This paper has attempted to redress this.

« La religion en guise de médicament »

Cet article pose la question suivante, quelle était l'importance du rôle joué par la médecine dans le pèlerinage, les sanctuaires et les reliques durant la période médiévale en Angleterre ? De nombreux historiens ont été les témoins de miracles guérisseurs du point de vue des remèdes en tant que compléments des rituels religieux qui se sont produits dans les sanctuaires. L'accent a été mis sur le processus psychosomatique de la maladie en liaison avec des carences en vitamines qui pouvaient être soulagés grâce au confort psychologique de la religion, de la croyance et de l'attention envers ce qui n'est pas naturel. Ce document recommande que beaucoup de rituels soient en fait des traitements conscients et soient efficaces pour des raisons scientifiques pertinentes (non réalisés), tout en paraissant miraculeux.

En regardant les préparations d'un pèlerinage pour arriver dans le sanctuaire de son choix et les activités autour des reliques des saints, je prévois de placer ces activités au rang de thérapies importantes dans le marché médical médiéval pour le traitement des maladies. Je me penche également sur les guérisons attribuées aux saints qui se sont produites à l'écart des sanctuaires et qui pourraient être considérées comme un traitement de premiers secours efficace, ressemblant à des miracles.

Des preuves ont été recueillies à l'aide de miracles attestés, elles ont été rassemblées et constatées par des enquêtes pontificales avant la canonisation de quatre saints anglais et par Henri VI qui, bien qu'il ne fût pas canonisé, fut à l'origine d'un grand nombre de miracles. Des indices visuels ont été récoltés grâce à des fenêtres miraculeuses dans la Cathédrale de Canterbury tout d'abord et d'autres à York Minster avec des illustrations d'œuvres médiévales contemporaines telles que l'histoire de St Cuthbert par Bède. Une étude des cinq sanctuaires a également été effectuée en guise de référence afin de mieux comprendre l'expérience des pèlerins.

En comparant les preuves des traitements disponibles grâce à la science moderne actuelle, j'ai trouvé un lien précis entre la thérapie et la guérison ; par conséquent, les différents remèdes dans les sanctuaires constituaient une alternative médicale importante aux yeux des personnes vivant à l'époque médiévale. L'aspect psychologique (et la foi) ne peut pas être négligé mais on peut faire valoir le fait que trop d'importance y a été accordée par le passé. J'en ai aussi conclu qu'il y a eu très peu de recherches de la part des historiens sur le rôle du sexe et la relation de cause à effet des maladies et des guérisons dans les sanctuaires (en particulier au niveau de la santé mentale). Cet article cherche à réparer tout ceci.

Sasha Mullally : “Doctor in Homespun: Weaving Legacies of Health in Interwar Massachusetts”

This paper considers how the weaving activities of physician Mary Phylinda Dole (1862-1947), accomplished in association with the well-known Deerfield Society of Blue and White Needlework in Massachusetts, fit into the broader arts and crafts revivalism in Europe and North America in the early decades of the 20th century. It examines how ideas of “therapeutic craft” shaped and were shaped by notions of productive citizenship in the interwar period.

Mary Dole, in many ways a typical rural physician from Franklin County, combined two careers in the course of her life: medicine and artisanal weaving. Her work in weaving began when she retired from medical practice in the late 1920s, “when she laid down her physician’s equipment and brought out the craftsman’s paraphernalia.” (Dole, 1941) Seeing weaving as an occupational therapy for a friend who was losing her eyesight, Dole also credited weaving with helping her deal with a stomach ailment which prevented her from pursuing an active practice later in life (Dole 1941). She prosecuted her craft production in association with the well known arts and crafts revivalist community, the Deerfield Society of Blue and White Needlework in Massachusetts, and her alma mater ties to Mount Holyoke College provided her with potential pools of customers for her weaving and her self-published autobiography, *A Doctor in Homespun* (1941), sales of which enabled her to support herself and also raise monies for a women’s medical fellowship.

Dole's work as a physician-weaver provides an essential case to examine the ways in which textile production, as a gendered cultural form, became a resource for women healthcare practitioners to accomplish their social and medical missions. Situating her activities in the broader history of occupational therapy professionalization (Waller 1991, Quiroga 1995, Heap et al 2005, Sedgewick et al., 2007, Prud'homme 2011) Mary Dole helps historians explore everyday practitioners use of applied artmaking towards physical, mental, and social healing. This sheds new light on the social history of arts and crafts revivalism (Boris 1986, Ulrich 2001, Alfoldy 2005), and underscores the central place of "work cure" ideas and ideology for many craft revival practitioners from the interwar period.

« *Docteur en artisanat : l'héritage du tissage à l'égard de la santé dans le Massachusetts de l'entre-guerre* »

Ce document traite de la façon dont les activités de tissage de la docteur Mary Phylinda Dole (1862-1947), accomplies en collaboration avec la réputée Deerfield Society of Blue and White Needlework au Massachusetts, s'inscrivent dans la résurgence plus large de l'artisanat en Europe et en Amérique du Nord au cours des premières décennies du 20^e siècle. On y étudie notamment la façon dont la notion « d'artisanat thérapeutique » s'est forgée et a été marquée par les concepts de citoyenneté productive au cours de la période de l'entre-deux-guerres.

Mary Dole, qui était à bien des égards un médecin rural typique du comté de Franklin, a embrassé deux carrières au cours de sa vie : la médecine et le tissage artisanal. Son travail en tissage a commencé lorsqu'elle s'est retirée de la pratique médicale à la fin des années 1920, « au moment où elle déposa sa trousse médicale et sortit son attirail d'artisan » (Dole, 1941). En plus de voir le tissage comme thérapie occupationnelle pour une amie qui perdait la vue, Dole reconnaît aussi à cette forme d'art le mérite de l'avoir aidée à gérer des maux d'estomac qui l'ont empêchée de poursuivre sa carrière médicale plus longtemps (Dole, 1941). Elle effectuait sa production d'artisanats en collaboration avec la réputée communauté revivaliste d'artisanat, la Deerfield Society of Blue and White Needlework au Massachusetts, et son *alma mater*, rattachée au Mount Holyoke College, lui fournissait des pistes de clients potentiels pour ses œuvres de tissage et son autobiographie auto-éditée, *A Doctor in Homespun* (1941), dont les ventes lui ont permis de subvenir à ses besoins ainsi que d'amasser des fonds pour une bourse de recherches médicales spécifiquement pour les femmes.

Le travail de Dole à titre de médecin-tisseuse offre un contenu indispensable à l'examen des façons dont la production textile, une activité culturellement réservée aux femmes, est devenue une ressource pour les professionnelles féminines de la santé dans l'accomplissement de leurs missions sociale et médicale. En situant ses activités dans le contexte plus large de la professionnalisation de la thérapie occupationnelle (Waller, 1991; Quiroga, 1995; Heap et coll., 2005; Sedgewick et coll., 2007; Prud'homme, 2011), Mary Dole aide les historiens à explorer l'utilisation quotidienne que font les médecins de la création artistique appliquée dans la guérison physique, mentale et sociale. Cela apporte un éclairage nouveau sur l'histoire sociale de la résurgence de l'artisanat (Boris, 1986; Ulrich, 2001; Alfoldy, 2005), et souligne la place importante accordée aux concepts et à l'idéologie de la « guérison par le travail » chez de nombreux praticiens du renouveau de l'artisanat de la période d'entre-guerre.

Elizabeth Newsweld : "Fluid Objects and Unruly Things: Experimenting with Living Animals and Humans in Nineteenth-Century Nutrition Physiology"

This paper explores the problematic and fluid nature of experimental objects in nutrition physiology. In the late nineteenth and early twentieth centuries, physiology struggled with the place and role of the living objects of its experiments. Trying to define itself as an exact science, it looked to chemistry and physics for its experimental models, yet the objects of these sciences differed strongly from the living subjects of physiology experiments. Humans and animals were experimental objects that could not be stabilised, controlled or manipulated to the same degree as non-living objects, and they were subjects, frequently exhibiting behaviour and characteristics that resisted the constraints of disciplined, precise experimentation. The living, agential status of these objects was particularly problematic in nutrition and metabolism experiments. Eating is a voluntary activity and metabolism is affected by the emotions, so experimenters were very aware of the need to avoid force, coercion and anxiety or

discomfort-producing conditions. Nutrition and metabolism studies thus required both the physical and the psychological cooperation of these objects, who became active participants in the experimental process. These unruly things “kicked back” at the experimental conditions, demanding explicitly or through behaviour that experiments be modified and adapted to fit their preferences and needs. Bodies resisted the requirements for precise experimentation, exhibiting physiological phenomena that forced experimental accommodation. Boundaries between experimenter and experimental subject became even more fluid in human experiments. Physiologists experimented on themselves, on colleagues, technicians, laboratory personnel and medical students, while subjects were informed about the goals and aims of the experiment, frequently contributed subjective protocols and were often responsible for taking measurements and ensuring the accuracy of various parts of the experiment. No passive objects, they became active participants, collaborators and co-experimenters.

« Objets fluides et choses indisciplinées : Les expériences de physiologie de la nutrition du 19^{ième} siècle sur des animaux et humains vivants »

Cette présentation explore la nature problématique et changeante des objets expérimentaux de la physiologie de la nutrition. La physiologie du 19^{ième} et début du 20^{ième} siècle fut marquée par un questionnement de la place et du rôle que devaient prendre les objets vivants dans ses expériences. Essayant de se définir comme une science exacte, la physiologie chercha alors ses modèles expérimentaux en chimie et en physique, et ce, malgré le fait que les objets de ces sciences différaient de façon substantielle des sujets vivants des expériences de physiologie. Humains et animaux étaient des objets expérimentaux qui ne pouvaient simplement pas être stabilisés, contrôlés ou manipulés dans la même mesure que l'étaient les objets inertes. De plus, ils démontraient fréquemment des comportements et des caractéristiques qui résistaient aux contraintes demandées pour une expérimentation précise et disciplinée. Le statut d'être vivants et d'agents de ces objets était particulièrement problématique pour les expériences de nutrition et de métabolisme. En effet, manger est une activité volontaire et le métabolisme est affecté par les émotions. Les expérimentateurs étaient donc très conscients du besoin d'éviter toute force, coercition ou anxiété et de la nécessité d'éviter toute condition produisant un quelconque inconfort. Ainsi, parce que les recherches de nutrition et de métabolisme demandaient une coopération physique et psychologique de la part de leurs objets, ces derniers devinrent des agents participants activement dans le processus expérimental. Ces choses indisciplinées rejetaient les conditions expérimentales, demandant soit de façon explicite soit de par leurs comportements, que les expériences soient modifiées et adaptées afin de prendre en compte leurs préférences et leurs besoins. Les corps repoussaient les demandes d'une expérimentation précise, présentant des phénomènes physiologiques forçant des adaptations expérimentales. Les limites entre le chercheur et le sujet expérimental devinrent encore plus fluides dans les expériences sur les sujets humains. Les physiologistes expérimentèrent sur eux-mêmes, sur leurs collègues, sur leurs techniciens, sur le personnel de laboratoire ainsi que sur des étudiants en médecine. Les sujets, informés des buts et objectifs des expériences, contribuèrent fréquemment des protocoles subjectifs et reçurent souvent la responsabilité de prendre des mesures et d'assurer la précision de différentes parties des expériences. Loin d'être des objets passifs, ils devinrent donc des participants actifs, des collaborateurs, et des co-expérimentateurs.

Jonathan Reinartz : “Provincial Paramedics: The Birmingham Chapter of the Royal Humane Society, c.1800-1850”

In the eighteenth-century, a number of British cities and towns began to found voluntary hospitals to support the health of their communities. Despite the careful planning that went into establishing these institutions, the true impact of a hospital on a region and the nature of its work were never entirely anticipated; this was certainly the case for land-locked Birmingham (England), where a General Hospital was constructed alongside the region's newly excavated canal network, which fostered local industrialisation. One unexpected consequence was that the hospital very quickly became inundated with cases of drowning victims in the late-eighteenth century. As a result, its governors, in 1802, altered the hospital's mission by linking it to the work of the Humane Society of London. This development significantly predates the emergence of civilian ambulance services in Europe, which Red Cross historian John Hutchinson dates to the mid- to late-nineteenth century. In Birmingham, at this time and as in many other provincial centres during the first years of the nineteenth century, hospital staff already instituted what

might be described as an early paramedic service, comprising local doctors and lay citizens who were providing with some little training and suitable equipment to save the lives of those ‘apparently dead from drowning’. This paper will explore the creation and work of this unique humanitarian service, both in Birmingham and in a broader national and international context and consider, for example, the controversies associated with saving lives, as resuscitation was carried out in several ways and undertaken by both medical professionals and lay Samaritans. Among other themes, this talk will discuss the motivations of the lay provincial paramedics who actively assisted their unfortunate townsfolk and how this work more generally impacted on the relationship between early hospitals and local communities during a key period of medical professionalization.

« *Les ambulanciers paramédicaux provinciaux – Section de Birmingham de la Royal Humane Society, vers 1800-1850* »

Au xviii^e siècle, plusieurs villes britanniques commencèrent à fonder des hôpitaux volontaires afin de contribuer à la santé de leur collectivité. En dépit de la soigneuse planification consacrée à la création de ces établissements, il était impossible de prévoir entièrement l’impact véritable d’un hôpital sur une région et la nature de son travail; ce fut notamment le cas à Birmingham (Angleterre), une ville sans accès à la mer. Un hôpital général y fut construit près du réseau de canaux nouvellement aménagé dans la région, qui favorisa l’industrialisation locale. L’hôpital ne tarda pas à être inondé de cas de noyade à la fin du xviii^e siècle, conséquence inattendue de l’aménagement des canaux. Aussi, les administrateurs modifièrent la mission de l’hôpital en 1802, en l’associant au travail de la Humane Society de Londres. Cette mesure remonte à bien avant l’émergence des services d’ambulance civile en Europe, qui, selon l’historien de la Croix-Rouge John Hutchinson, se serait produite entre le milieu et la fin du xix^e siècle. À cette époque à Birmingham, tout comme dans de nombreux autres centres provinciaux au début du xix^e siècle, le personnel hospitalier avait déjà mis sur pied ce que l’on pourrait décrire comme un premier service ambulancier paramédical, constitué de médecins locaux et de citoyens profanes à qui on dispensait un peu de formation et de l’équipement convenable pour sauver la vie de personnes « en apparence décédées par noyade ». Cette communication aborde la création et le travail de ce service humanitaire unique, tant à Birmingham que dans un contexte national et international élargi, et examine, par exemple, les controverses entourant le fait de sauver des vies, puisque la réanimation était pratiquée de diverses façons, autant par des professionnels médicaux que par des profanes. Entre autres thèmes, cette communication portera sur les motivations des ambulanciers provinciaux profanes qui prêtèrent activement assistance à leurs concitoyens infortunés et sur les incidences plus générales de ce travail sur les rapports entre les premiers hôpitaux et les collectivités locales au cours d’une période clé de la professionnalisation médicale.

Lucas Richert : “Cancer, Conservatism, and Heroin: The Debate over Heroin Pain Relief Treatment for Terminally Ill Patients during Reagan’s War on Drugs”

In the early 1980s, heroin emerged as a more humane solution for terminally ill cancer patients suffering tremendous amounts of pain. As late as 1924, heroin was employed by physicians to alleviate such pain, yet the 1970 Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act – as well as the stigma associated with the drug – relegated it to the sidelines of mainstream medical practice. With the publication of several American studies that found heroin superior to morphine and the British health system’s implementation of heroin treatment, however, the medical and political dispute began to intensify throughout the 1980s. Thus, amid the “War on Cancer” and “War on Drugs”, heroin proved to be an intriguing point of contestation within the American medical establishment, U.S. Congress, and health care activist circles. In particular, heroin posed a challenging predicament to conservative Republicans in the House, Senate, and White House. This paper, using congressional documents, drug industry publications, newspapers, and interviews, explores the clash over heroin as a tool to combat cancer pain.

« Cancer, conservatisme et héroïne : la question de l'utilisation de l'héroïne comme antidouleur pour les patients atteints de cancer en phase terminale pendant la guerre contre la drogue (War on Drugs) de Reagan »

Au début des années 1980, on commençait à considérer l'utilisation de l'héroïne comme une solution plus humaine pour traiter les patients atteints de cancer en phase terminale et en proie à des douleurs extrêmes. Jusqu'en 1974, les médecins utilisaient l'héroïne pour soulager ces douleurs. Pourtant, la loi de 1970 portant sur le contrôle et la prévention de l'usage abusif de drogues (Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act), mais aussi la stigmatisation liée à l'usage de cette drogue, éloigna l'héroïne des pratiques médicales conventionnelles. Mais, avec la publication de plusieurs études aux Etats-Unis démontrant la supériorité de l'héroïne à la morphine, ainsi qu'avec la mise en place de traitements à base d'héroïne dans le système de santé britannique, les querelles médicales et politiques s'intensifièrent dans années 1980. Ainsi, au beau milieu de la « Guerre contre le cancer » (War on cancer) et de la « Guerre contre la drogue » (War on Drugs), l'héroïne se retrouva au cœur d'intrigants débats au sein des institutions médicales américaines, du Congrès et des réseaux militants pour la santé. En particulier, l'héroïne posait des questions délicates aux Républicains conservateurs de la Chambre des représentants, du Sénat et de la Maison blanche. A partir de documents issus du Congrès, de publications de l'industrie pharmaceutique, d'articles de presse et d'interviews, cet article analyse les querelles portant sur l'utilisation de l'héroïne comme moyen de soulager la douleur du cancer.

Sarah Shropshire* : “Reproductive Responsibility, Evolving Techniques, and Changing Masculinities: Charting the History of Vasectomy in Canada”

The history of birth control represents an important intersection of gender, power, and modern medicine. Indeed, during the 1960s, women's right to control their own fertility through access to safe birth control formed an important element of the Second Wave Feminist Movement. While historians have discussed both positive and certain negative consequences of women taking increased responsibility for birth control, very little scholarly attention has been dedicated to studying the history of the one method of birth control that transfers complete reproductive responsibility to men: the vasectomy. While the vasectomy has been studied in the context of forced sterilization, particularly during the Eugenics Movement of the early 20th century, its increasing popularity as a method of voluntary sterilization and birth control has been largely overlooked. My presentation begins to investigate this topic in the Canadian context. Using a source base of popular culture periodicals, medical journals, and survey responses, my presentation addresses the history of the vasectomy with a focus on evolving medial techniques and changing ideas of masculinity in the second half of the 20th century. It explores how less invasive techniques such as the single incision vasectomy (introduced in the 1950s) and the no-scalpel vasectomy (introduced in the 1980s) have contributed to the vasectomy gradually replacing tubal ligations as the most popular form of voluntary sterilization in Canada. Given traditional associations between masculinity and virility, the history of the vasectomy presents a unique lens through which to study evolving understandings of masculinity and the ways that new technologies have increased the acceptability of a procedure formerly viewed as unacceptable by many men.

« Responsabilité reproductive, l'évolution des techniques, et masculinités changeant: Tracer l'histoire de la vasectomie au Canada »

L'histoire de la régulation des naissances représente un intersection important du genre, le pouvoir, et la médecine moderne. En effet, au cours des années 1960, le droit des femmes à maîtriser leur fécondité grâce à l'accès à la contraception sans danger constitué un élément important du deuxième vague féministe. Alors que les historiens ont discuté des conséquences positives et aussi certaines des conséquences négatives des femmes qui assument plus de responsabilité pour le contrôle des naissances, très peu d'attention des chercheurs a été consacrée à l'étude de l'histoire de la seule méthode de contrôle des naissances qui transfère l'entière responsabilité reproductive aux hommes: la vasectomie. Bien que la vasectomie a été étudié dans le cadre de la stérilisation forcée, en particulier pendant le mouvement eugéniste du début du XXI^{ème} siècle, sa popularité croissante en tant que méthode de stérilisation volontaire a été largement ignoré. Ma présentation se met à examiner ce sujet dans le contexte canadien. En utilisant une base de source des périodiques populaires, des revues médicales, et des

réponses au sondage, mon exposé traite de l'histoire de la vasectomie en mettant l'accent sur l'évolution des techniques médicales et l'évolution des idées de la masculinité dans la seconde moitié du XXIème. Il explore comment les techniques moins invasives telles que la vasectomie incision unique (introduit dans les années 1950) et la vasectomie sans bistouri (introduit dans les années 1980) ont contribué à faire de la vasectomie une forme de plus en plus populaire de contrôle des naissances au Canada. Étant donné associations traditionnelles entre la masculinité et de virilité, l'histoire de la vasectomie présente une façon unique d'étudier l'évolution des conceptions de la masculinité et la façon dont les nouvelles technologies ont augmenté l'acceptabilité d'une procédure autrefois considérée inacceptable par beaucoup d'hommes.

Erin Spinney*: "From 'Silly Nurses' to 'Indispensably Necessary': The Evolution of British Military Nursing 1763-1815"

The period between the end of the Seven Years War and the close of the Napoleonic Wars marked a change in the perception of nursing in the British Army and the Royal Navy. Commanding and medical officers had begrudgingly accepted the presence of female nurses, particularly in the army, for centuries. Wives and camp followers were a necessary accessory to early modern armies, and nursing was just one of their many duties. However, as the military medical system gradually evolved during the late-eighteenth century, so too did nursing. Medical personnel increasingly recognized the importance of competent nurses in hospital installations, placing value on experience and good character. The writings of surgeons and physicians in medical treatises, and the remembrances of servicemen in their memoirs, demonstrate the growing respectability of military nurses, while financial records corroborate the rising importance of the nursing occupation to the state through the dispersion of public money.

This presentation explores how military nursing changed over the course of the Revolutionary and Napoleonic Wars, in order to underscore the necessity of nurses in the military medical system. I will examine how the so-called "silly nurses" (Fordyce, 1773) of the mid-eighteenth century, became the "indispensably necessary" (Hamilton, 1787) care providers of the Revolutionary Era.

« D'Infirmières "Ridicule" à "Indispensablement Nécessaire": L'Évolution d'Infirmières Militaire Britannique, 1763-1815 »

Entre la fin de la guerre de Sept Ans et la termination des Guerres Napoléoniennes une change a apparu dans la perception des infirmières qui travaillent avec les forces militaire anglais. Pour des siècles les commandants et médecins dans l'Armée et la Marine avaient accepté, de mauvaise grâce, les infirmières composé des femmes qui suivre les forces militaires. Ces femmes n'étaient pas seulement les infirmières, mais ont fait beaucoup d'autres travaille féminin nécessaire pour la fonction de l'armée. Au cours du la XVIIIe Siècle la système médical militaire a évolué et les infirmières avaient suivi cette évolution. Les médecins et les autres membres du personnel ont reconnu l'importance des infirmières compétent et capable dans leur instilations. Les traités médicaux écrit par les médecins et chirurgiens de l'armée, et militaires dans leur mémoires, servent à démontrer la respectabilité grandissant des infirmières. Un respectabilité aussi démontrer dans les dossiers financiers du gouvernement et l'utilisation de l'argent public.

Cette presentation explore comment les services des infirmières militaires avait changé au cours des guerres de la Révolution et Napoléoniennes, dans le but de démonstrate la nécessité des infirmières du système médical. Je vais démontrer comment les infirmières "ridicule" aux milieu du XVIIIe siècle ont devenu "indispensablement Nécessaire."

Frank Stahnisch : “Ousting Researchers and Transferring Things: On the Conditions of Neurophysiological Research in German-Speaking Refugee Neuroscientists in North-America, 1933 to 1963”

Until recently, the process of forced-migration of German-speaking physicians and medical researchers scholars has frequently portrayed by the “brain gain” theory of academics, intellectuals, and scientists, when most notably the United States (in North America) and Great Britain (in Europe) became “enriched” through receiving the émigré neuroscientists, and German-speaking science underwent the loss. With a view to the cultural and practical conditions in neurophysiology, the perspective presented in this paper challenges this received historical view by drawing attention to the often neglected immigration rules, social relations, and contingent patterns of re-adaptation into scientific working groups. By focusing on the travelling ideas and instruments – themselves being fluid objects of the international forced-migration process – some new light shall be shed on the difficult re-integration of the German-speaking refugees in North-American neurophysiology. When taking microscopes, brain slides or staining technologies as essential utensils of modern neuroscientific research, the contingent scientific luggage of German-speaking émigré-neurophysiologists and neuropathologists shall historically be unpacked and scrutinized as to its role and influence in the process of re-integration of the exiled neuroscientists in North America. As a result of their holistic research and clinical approaches to neuroscientific laboratory research in the early 1930s and 1940s, important re-adaptations and modifications in neurophysiological research styles emerged, despite the fact that many of the fleeing émigrés arrived in the United States and Canada with not much more than suitcases filled with a few research instruments, specimens or histological slides as well as the addresses of relatives, friends or international colleagues in their pockets.

« Débusquer les chercheurs et transférer les choses: les conditions de la recherche neurophysiologique parmi les chercheurs neuroscientifiques allemands réfugiés en Amérique du Nord, de 1933 à 1963 »

Jusqu'à récemment, le processus de migration forcée des médecins et des chercheurs de langue allemande a été largement présenté par les historiens comme un “*brain gain*” favorisant la fuite d'académiciens, intellectuels et chercheurs notamment au profit des États-Unis (en Amérique du Nord) et de la Grande Bretagne (en Europe). Du coup, ces pays se seraient sensiblement «enrichis» de l'afflux de réfugiés neuroscientifiques allemands, au détriment de la communauté scientifique germanophone. Portant l'attention sur les conditions culturelles et matérielles de la neurophysiologie, cette présentation entend remettre en cause l'historiographie traditionnelle reçue, grâce à l'examen minutieux des réglementations relatives à l'immigration – dans cette perspective trop souvent négligées –, des relations sociales ainsi que des schémas contingents de la réadaptation en de nouvelles équipes de recherche scientifique. L'exploration de la réintégration des chercheurs réfugiés de la langue allemande en neurophysiologie en Amérique du Nord permettra de mieux appréhender la circulation des idées comme des instruments – ces «objets» dont la fluidité se voit accentuée par le processus d'immigration internationale forcée. Considérant les microscopes, les lames cérébrales ou les technologies «de souillures» comme outils essentiels de la recherche moderne en neuroscience, le bagage scientifique des réfugiés neurophysiologistes et neuropathologistes de langue allemande sera soumis à l'analyse afin d'en comprendre le rôle et l'influence dans le processus de la réintégration de ces chercheurs dans la communauté scientifique nord-américaine. En outre, l'approche holistique que ces savants adoptent au plan théorique et clinique dans la recherche neuroscientifique en laboratoire dès les années 1930 et 1940, favorise l'essor d'importantes réadaptations ou modifications dans les modes de recherche en neurophysiologie. Ce processus s'est produit malgré le fait que nombre de ces réfugiés ne sont arrivés aux États-Unis et au Canada qu'avec quelques valises pourvues d'instruments de recherche, d'artefacts pathologiques, de lames histologiques; mais ils avaient aussi, dans leurs poches, les adresses précieuses de parents, amis et collègues internationaux.

Sarah Star* : “Sex-Ed for the Medieval Masses: Henry Daniel’s Vernacular Medicine”

Henry Daniel’s 1379 vernacular medical treatise *Uricrisis* has been overlooked entirely in the study of medieval medicine- the treatise does not yet exist outside of manuscript form; but to assess how people living in late medieval England believed the sexualized body worked, we should turn to Daniel. Prior to Daniel’s treatise, Latin had been the authoritative norm for medical texts, because the “vulgare (ie. commun langage)” (3) of English was considered “insufficient” (3) to contain medical knowledge. Although Daniel, as a medieval friar, was certainly well-versed in Latin, he writes a medical treatise in the vernacular, making that treatise lack authority for the medical world. However, *Uricrisis* is not *for* the medical world; it is not a guidebook for those studying to become doctors, as Daniel himself was not even a practicing doctor: it is for the masses. Referencing such influential sources as Aristotle, Galen, Johannitius, Avicenna, and Averroes, Henry Daniel teaches late medieval England how the sexualized body works and how to diagnose and treat their own illnesses.

This paper argues that it is crucial for us to examine Daniel’s treatise as a means to re-evaluate our perceptions of late medieval attitudes toward the body: specifically, the maternal body. Daniel instructs couples to have sex at least once each week, for health reasons and to maximize their chances for conception (17) - a version of sexuality that seems impossible for his sources who integrate religious beliefs into their medical theories. Daniel also places particular focus on the maternal body: he explains female anatomy and the female role in conception, clarifies how menstruation and lactation work and, most importantly, demands that we take good care of the mother during and following childbirth (23). My paper analyses Daniel’s engagement with the maternal body and identifies moments in which he differs from his authoritative sources to argue that *Uricrisis* offers a new way to think about how people in the Middle Ages used medical knowledge on conception, pregnancy, and childbirth in practice. Additionally, I suggest that Daniel’s transgressive engagement with sexuality highlights his transgressive linguistic choice. *Uricrisis* challenges medical authority through its vernacularity and Daniel, as the medical voice of the common people, uses his medical knowledge in an attempt to elevate the English language and bridge the gap between those learned in Latin and the vulgar English commons.

« *Education sexuelle pour les masses médiévales: Une étude de la médecine vernaculaire Henry Daniel* »

Henry Daniel 1379 *Uricrisis* vernaculaire traité médical a été complètement ignoré dans l'étude de la médecine médiévale le traité n'existe pas encore en dehors de l'état de manuscrit, mais d'évaluer comment les personnes vivant à la fin de l'Angleterre médiévale croyait que le corps sexualisé travaillé, nous devrions tourner à Daniel. Avant le traité de Daniel, le latin avait été la norme faisant autorité pour les textes médicaux, parce que le «vulgare (ie. commun langage)» (3) de l'anglais a été considéré comme «insuffisant» (3) pour contenir connaissances médicales. Bien que Daniel, comme un moine médiéval, était certainement bien versé en latin, il écrit un traité de médecine en langue vernaculaire, ce qui rend cette autorité manque traité pour le monde médical. Cependant, *Uricrisis* n'est pas pour le monde médical, ce n'est pas un guide pour ceux qui étudient pour devenir médecins, comme Daniel lui-même n'était même pas un médecin pratiquant: il est pour les masses. Référencement ces sources influentes comme Aristote, Galien, Johannitius, Avicenne, Averroès et, Henry Daniel enseigne la fin de l'Angleterre médiévale comment le corps sexué fonctionne et comment diagnostiquer et traiter leurs propres maladies.

Cet article soutient qu'il est essentiel pour nous d'examiner le traité de Daniel comme un moyen de réévaluer nos perceptions des attitudes fin du Moyen Âge vers le corps: en particulier, le corps de la mère. Daniel indique les couples à avoir des relations sexuelles au moins une fois par semaine, pour des raisons de santé et de maximiser leurs chances de conception (17) - une version de la sexualité qui semble impossible à ses sources qui intègrent les croyances religieuses dans leurs théories médicales. Daniel met également l'accent sur le corps de la mère: il explique l'anatomie féminine et le rôle des femmes dans la conception, clarifie la manière dont le travail menstruations et l'allaitement et, surtout, exige que nous prenons bien soin de la mère pendant et après l'accouchement (23). Mon article analyse l'engagement de Daniel avec le corps maternel et identifie les moments où il se distingue de ses sources faisant autorité pour faire valoir que *Uricrisis* offre une nouvelle façon de penser sur la façon dont les gens du Moyen Âge utilisé les connaissances médicales sur la conception, la grossesse et l'accouchement dans la pratique. En outre, je suggère que l'engagement transgressif de Daniel avec la sexualité

transgressive souligne son choix linguistique. Uricrisis défie l'autorité médicale par le biais de son vernacularity et Daniel, le porte-parole médical des gens du commun, utilise ses connaissances médicales dans le but d'élever la langue anglaise et de combler le fossé entre ceux qui ont appris le latin et le bien commun vulgaire anglais.

David Theodore* : “Planning for the patient”: Gordon A. Friesen, Patient-centred Care, and Automation”

This paper gives an account of the patient-centred care model for hospital organization championed by the influential but understudied Canadian hospital consultant Gordon A. Friesen (1909-1992). I argue that the notion of patient-centred care was fundamentally shaped by the architecture of the postwar hospital. I focus as a case study on the building and construction of the 1967 Scarborough Centenary Hospital, for which Friesen was a planning consultant. Here Friesen made his counterintuitive proposal that achieving better patient care would come through making the hospital more like a factory.

Friesen is best known for the so-called Friesen concept hospital, a set of innovative ideas about how to build the hospital based on automation and Fordist production-line workflows. He developed these ideas in response to Canadian life experiences, yet he was responsible for hospital designs around the world, including key institutions in the US, Britain, Costa Rica, Taipei, and Germany. After growing up on a Mennonite farm in Saskatchewan, Friesen found his first hospital-related job as an administrator in Belleville, Ontario, when he was just 21 years old. He achieved international recognition as planner and administrator on a series of ten mineworkers' hospitals in Virginia, West Virginia, and Kentucky, although in 1954 he left before they were completed to establish a consultancy in Washington, DC.

The historical analysis relies on a variety of sources to describe the implementation of the Friesen concept. The Friesen concept hospitals were widely published in architectural, medical, and management journals, as well as in newspapers. Visual sources, including advertisements in magazines, architectural drawings, planning diagrams, and historic photographs are used as evidence to analyze Friesen's contention that the “shape” of the Scarborough hospital had to conform to patient-centred care. Finally, the argument also draws on a rich series of letters, photographs, and other documents now held at the National Archives of Canada.

Cette présentation rend compte du modèle de soins centrés sur le patient pour l'organisation de l'hôpital défendue par l'influent (mais peu étudié) canadien, le consultant et planificateur Gordon A. Friesen (1909-1992). Je soutiens que la notion de soins centrés sur le patient a été fondamentalement marquée par l'architecture des hôpitaux d'après-guerre. Je concentre mon étude de cas sur le bâtiment et la construction de l'Hôpital de Scarborough Centenary 1967, pour lequel Friesen était consultant en planification. Ici Friesen a proposé le paradoxe que l'atteinte de meilleurs soins aux patients viendrait en rendant l'hôpital plus semblable à une usine.

Friesen est surtout connu pour son concept de l'hôpital Friesen, un ensemble d'idées novatrices sur le design de l'hôpital basé sur l'automatisation des flux de travail et de production en ligne fordiste. Il a développé ces idées en réponse à des expériences de la vie canadienne, et pourtant il était responsable de la conception des hôpitaux à travers le monde, y compris les institutions clés aux États-Unis, la Grande-Bretagne, le Costa Rica, Taipei, et l'Allemagne. Après avoir grandi sur une ferme mennonite en Saskatchewan, Friesen a trouvé son premier emploi relié aux hôpitaux en tant qu'administrateur à Belleville, Ontario, alors qu'il n'avait que 21 ans. Il a obtenu une reconnaissance internationale en tant que planificateur et administrateur d'une série de dix hôpitaux mineurs en Virginia, West Virginia, et Kentucky, mais il a quitté en 1954 avant que ce soit complété, afin d'établir une expertise-conseil à Washington, DC.

L'analyse historique repose sur une variété de sources pour décrire la mise en œuvre du concept Friesen. Ce concept a été largement publié dans des revues médicales et des revues d'architecture, ainsi que dans les journaux. Les sources visuelles, incluant des publicités dans les magazines, des dessins architecturaux, des schémas de planification et des photographies historiques sont utilisés comme éléments de preuve pour analyser l'affirmation de Friesen que la “forme” de l'hôpital Scarborough devait se conformer aux soins centrés sur le patient. Enfin, l'argument se fonde également sur une riche série de lettres, de photographies et d'autres documents maintenant conservés aux Archives nationales du Canada.

Marie-Claude Thifault and Isabelle Perreault : « Après Foucault : Questionnements théoriques et méthodologiques sur l'histoire de la folie »

Face aux dits et aux écrits parfois délirants, irrationnels et poétiques des patients psychiatriques, comment mettre en narration historique ces discours singuliers, ces transcriptions ou correspondances qui relèvent de l'événement anecdotique, souvent hors de l'ordinaire ? L'historien est tenté de mettre par écrit ces cas d'internement comme des faits divers hauts en couleur. Toutefois, à l'instar d'Arlette Farge, nous croyons que « saisir cette parole et la travailler, c'est répondre au souci de réintroduire des existences et des singularités dans le discours historique... » Cette communication questionnera les façons de voir et de faire l'histoire de la folie à partir de la parole retrouvée en archive. Comment analyser ces traces particulières sur les rapports entre experts et individus marginalisés et internés ? Que révèlent-elles sur les liens de pouvoir ou de résistance ? Quel point de vue adopté pour en faire une histoire *from the bottom up* malgré les défis que posent les discours et la position sociale même des acteurs concernés ?

C'est à la lumière de sources rares, entre autres, les entrevues d'admission des patients – tirés du dépouillement de près de 15 000 dossiers médicaux de l'institution psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu –, entre 1873 et 1973, qu'émerge notre réflexion sur la pratique historique en regard, plus spécifiquement, de la découverte de témoignages laissés par des gens, pour la plupart, illettrés. C'est à partir de cette expérience que nous entendons questionner les diverses approches méthodologiques nous permettant d'évaluer l'« élargissement du filet » des comportements déviants et marginaux qui deviennent des manifestations de folie au fur et à mesure que se confirme le 20^e siècle. La lecture des dossiers psychiatriques nous permet d'avancer que les postures des patients bousculent à coup sûr les a priori théoriques dominants en histoire sociale. Loin d'être des sujets passifs et dominés, les patients admis en institution psychiatrique se jouent bien souvent des titres de docteurs et surtout des normes sociales. Mais la question demeure : quelle est la part d'intention de l'acteur à se dévoiler et celle du chercheur à divulguer ? Comment négocier cette zone floue et productive de discours historiques à l'aide des outils théoriques et conceptuels actuels ? Cette communication proposera des pistes de réflexion sur l'analyse de ces archives singulières.

Faced with written and spoken accounts from psychiatric patients, which are sometimes delusional, irrational and poetic, how does one address these singular historical narratives, these transcripts or this correspondence associated with anecdotal evidence that are often out of the ordinary? The historian is tempted to write off these psychiatric cases as simply colorful examples. However, like Arlette Farge, we believe that "to take this speech and work with it offers an answer to the desire to reintroduce lives and singularities into the historical narrative..." This paper will question the ways we see and make histories of madness from the words found in the archives. How do we analyze the specific features in their relationship between experts and marginalized individuals? What do they reveal about power or resistance? What point of view do we want to adopt to make a history from the bottom up, despite the challenges posed by the narratives and the social position of the actors involved?

In the light of rare sources such as patients' admission interviews, among others – pulled from nearly 15,000 medical records of the Saint-Jean-de-Dieu psychiatric institution between 1873 and 1973, our reflection on historical practice allows us to think, more specifically, on how to write about people committed who were, for the most part, mostly illiterate. It is from this experience that we intend to question various methodological approaches to assess the "widening net" of deviant and marginal behaviors that become manifestations of madness through the 20th century. A reading of these psychiatric files also allows us to argue that the deportment of patients undermines a dominant theoretical *a priori* in social history. Far from being passive and dominated subjects, patients committed to psychiatric institutions often played with practitioners, especially doctors, and especially with social norms. But the question remains: what part does the actor intend to reveal and the researcher to divulge? How do we negotiate this "grey and productive zone" of historical narrative with actual (or mainstream?) theoretical and conceptual tools? This paper will propose some methodological considerations in analysing these unique archives.

Adam Turner* : “Rational Reproduction: Disability in the History of Genetic Counseling”

Prospective parents have long worried about the health of their future children, and over the course of the twentieth century increasingly came to rely on science and medicine to help guarantee “normal” babies. Scholars have described the ways motherhood became increasingly medicalized during the twentieth century, including the ways doctors and public health officials encouraged parents to seek medical advice. These works, however, have not adequately addressed the impact of developments in the areas of genetics and prenatal testing.

The first clinics offering to analyze clients for hereditary conditions that might affect their future children—what came to be called genetic counseling—opened in the early 1940s. By 1968 their number had increased to more than 100 clinics in the United States and Canada. This growth was driven by clients’ desires for children that matched their expectations of “normality” and by genetic counselors’ desires to stop the spread of genetic conditions. I argue that genetic counselors and their clients (primarily white and middle class) reciprocally shaped each other’s thinking about reproduction in the mid-twentieth century and that they both played a role in determining the focus and direction of the genetic counseling profession.

Early genetic counselors expressed strong opinions in professional literature on genetics and genetic counseling and in personal correspondence about who should or should not have children. Their concern to avoid the coercive elements of the eugenics movement, however, led them to establish a policy of non-directiveness that still guides genetic counseling today. Sources such as published case studies and articles in popular publications, while they conveyed a desire to use genetic science to ensure “normal” babies free of disease or disability, did not provide specific guidance to clients about what to do with the genetic information counselors provided. At the same time, these sources suggest the ways both counselors and clients defined the boundary between difference and disability.

My paper explores the history of genetic counseling to expand our understanding of the ways scientists’ and parents’ assumptions and expectations about reproduction influenced each other at the intersections of reproduction, science, and disability.

Au cours du vingtième siècle, les futurs parents sont préoccupés par la santé de leurs enfants à naître et par conséquent ils vont de plus en plus s’intéresser à la science et à la médecine pour trouver une forme de garantie que leurs bébés seront « normaux ». L’historiographie a révélé la médicalisation de la maternité au cours du vingtième siècle et comment les médecins et les responsables de la santé publique ont encouragé les parents à demander un avis médical. Toutefois, rarement il y est question des études concernant le développement de la génétique et des tests prénataux.

C’est dans les années 1940 que les premières cliniques offrant des analyses de laboratoire pour dépister les maladies héréditaires sont mises sur pied. En 1968, plus de 100 cliniques aux États-Unis et au Canada offrent ce type de services. Cette croissance s’explique par le désir des parents de mettre au monde des enfants correspondant à leurs attentes de « normalité » et par la volonté des conseillers en génétique d’arrêter la propagation de maladies génétiques. Je soutiens que les conseillers en génétique et leurs clients (principalement blancs et de la classe moyenne) ont réciproquement joué un rôle déterminant dans le développement de telles clinique et également le développement de la profession de conseiller en génétique. Ces derniers, dans leurs revues professionnelles et leurs correspondances, ont exprimé des opinions très tranchées concernant qui devrait ou ne devrait pas avoir d’enfants. Leurs préoccupations à l’égard de l’eugénisme les ont toutefois amenés à mettre en place une politique de non-directivité qui guide encore aujourd’hui les conseillers en génétique.

Les principales sources retenues dans le cadre de cette recherche sont des études de cas et des articles tirés de publications populaires. Bien que ces documents de première main font la promotion de la génétique pour éviter d’avoir des bébés « anormaux » ou présentant des handicaps, ils ne fournissent aucune directive spécifique à leurs clients sur ce qu’il faut faire pour avoir des bébés « normaux ». Néanmoins, ces sources permettent de découvrir les définitions des conseillers et de leurs clients permettant de tracer la frontière entre la différence et le handicap.

Peter Twohig : “Getting out of control?’ The renegotiation of nursing practice in the Maritimes, 1960-1980”

Nursing practice in the Maritimes can be divided into two major groups, registered nurses and nursing assistants. While there have been good studies of registered nurses in the Maritimes, there have been relatively few historical analyses of nursing assistants. Although a growing historiography of health in Canada has explored the history of nursing, medicine and, to a lesser extent, other occupations, the organization of health care work, and the interaction among different occupational groups, continues to escape the attention of many historians. While practical nurses have always been important to hospital work, modern nursing assistants emerged in the 1950s as a significant segment of the nursing labour force. The Association of New Brunswick Registered Nursing Assistants, for example, was founded in 1965 and became the regulatory body for this group of workers in 1977. A similar pattern can be discerned in Nova Scotia and Prince Edward Island. This paper will examine the introduction of nursing assistants throughout the Maritimes from 1960 to 1980, a period that saw the creation of education programs for nursing assistants and the organization of nursing assistants. This paper will also analyze the ways in which their scope of practice was defined and shaped over time in an effort to understand the division of labour within health care in a specific setting and to explore the interrelationships among different groups within nursing practice. The history of nursing assistants provides interesting insight into the ways in which nursing practice was reorganized during a period of profound labour shortage, caused in part by expanding services, the maldistribution of the nursing labour force and shortages in training capacity. The paper is based upon archival holdings from all three provinces and provides a comparative perspective that illustrates the shared challenges of meeting health human resource needs in the Maritimes during this period and the different responses of occupational groups, hospitals and provincial governments.

« ‘Vers une perte de contrôle?’ La re-négociation des pratiques des soins infirmiers dans les provinces Maritimes, 1960-1980 »

La pratique des soins infirmiers dans les provinces Maritimes se divise en deux grands groupes : les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers auxiliaires. Alors que des études poussées ont été menées sur les infirmières et infirmiers autorisés dans les Maritimes, relativement peu d'analyses historiques concernent les infirmières et infirmiers auxiliaires. Bien qu'une historiographie croissante dans le domaine des soins de santé au Canada se soit déjà intéressée à l'histoire des soins infirmiers, de la médecine et, dans une moindre mesure, des autres professions, l'organisation de la prestation des soins de santé ainsi que l'interaction entre les différents groupes professionnels constituent des thèmes ignorés par de nombreux historiens. Tandis que les infirmières et infirmiers praticiens ont toujours été d'une grande importance pour le travail hospitalier, la figure plus moderne des infirmières et infirmiers auxiliaires s'impose, depuis les années 50, comme une part importante de la main d'œuvre du secteur. L'association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick, par exemple, a été fondée en 1965 puis est devenue, en 1977, l'organisme de réglementation pour cette catégorie de travailleurs. Une tendance similaire peut être observée en Nouvelle-Écosse et sur l'Île-du-Prince-Édouard. Cet article se penchera sur l'apparition des infirmières et infirmiers auxiliaires dans les provinces maritimes de 1960 à 1980 : période durant laquelle ont également vu le jour des programmes d'éducation spécialisés et une organisation spécifique à la profession. En outre, cet article analysera la façon dont leur champ d'activité a été défini et modelé au fil des années, afin de mieux comprendre la division du travail propre aux services de santé dans un contexte spécifique et les corrélations existantes entre les différents groupes en charge des soins infirmiers. L'histoire des infirmières et infirmiers auxiliaires offre une intéressante perspective sur la façon dont l'exercice de la profession d'infirmier a été réorganisé durant une période de profonde pénurie de main d'œuvre, causée en partie par l'expansion des services, la mauvaise répartition des travailleurs du secteur et le manque de programmes de formation. Le travail présenté dans cet article se base sur les fonds d'archives des trois provinces et fournit une approche comparée servant à illustrer les défis communs que les Maritimes ont dû relever pour répondre aux besoins de personnel de santé durant cette période et les différentes réponses apportées par les groupes professionnels, les hôpitaux et les administrations provinciales.

Brandi Vanderspank-Wright* : “Situating Technology – Intensive Care Nursing in Canada 1960-2002”

Using theoretical frameworks commonly associated with the history of technology including Technological Determinism, Actor Network Theory and the Social Construction of Technology this paper will explore the relationship between ICU nursing and technology. These theoretical frameworks provide analytical perspectives whereby technology is constantly shifting between the foreground and background of the ICU nurse' work.

Since the early 1960s in Canada, critical care units such as the Intensive Care Unit (ICU) began to emerge across the country. Currently, it can safely be assumed that most hospitals in Canada, whether smaller community or larger health science centers, have an ICU. In the late 20th and early 21st centuries both professional literature and popular culture have portrayed ICUs as places with extensive medical technology and where expert medical and nursing care saves lives. The reality, however, is that an ageing population with multiple co-morbidities, a society with growing expectations of what constitutes health care, escalating costs, over-crowded hospital facilities, evolving medical technology and treatment regimes, are challenging policies and decisions about “who” becomes an ICU patient and “how” limited resources will be allocated in future healthcare systems.

In oral history interviews conducted with ICU nurses employed within Canadian ICUs between 1960-2002, it is immediately apparent that technology and medical advancement are rarely the focal point of their stories yet remain integral to their experiences. In narrowing our vision of the ICU from a broader perspective of scientific and medical advancement with a focus on medical technology to ICU nurses' work and their relationships with patients families and each other we see a remarkably different perspective of technology. Understanding the importance and applicability of theoretical frameworks specific to the history of technology, the nurse-technology dyad is explored from an analytical perspective that is not generally evident within current historiography or the published professional literature associated with critical care nursing.

« Technologie et soins infirmiers intensifs au Canada, 1960-2002 »

Cette communication explore la relation entre la technologie et les soins infirmiers intensifs à partir des cadres théoriques couramment associés à l'histoire de la technologie, y compris le déterminisme technologique, la théorie de l'acteur réseau et la construction sociale des technologies. Ces cadres théoriques offrent des perspectives d'analyse selon lesquelles la technologie, en constante mutation, occupe une place de premier ou de second plan dans le travail de l'infirmière aux soins intensifs.

Depuis le début des années 1960, les unités de soins critiques tels que l'unité de soins intensifs (USI) ont commencé à émerger à travers le pays. À l'heure actuelle, nous pouvons présumer que la plupart des hôpitaux au Canada, tant ceux des petites communautés que des grands centres universitaires, ont une USI. À la fin du 20^e et au début du 21^e siècle, la littérature professionnelle tout comme la culture populaire présentent les USI comme des lieux dotés de technologies médicales et où des experts médicaux et des infirmiers sauvent des vies. Toutefois, la réalité est plutôt que le vieillissement de la population avec de multiples comorbidités, les attentes croissantes de la société en ce qui constitue les soins, l'escalade des coûts, le surpeuplement des établissements hospitaliers, l'évolution des technologies médicales et des traitements constituent une multitude de défis remettant en question les politiques et les décisions relatives à qui devraient être admis sur les USI et comment dans l'avenir les ressources limitées seront distribuées dans le système de soins de santé

À la suite d'entrevues menées avec des infirmières des USI canadiennes entre 1960 et 2002, il appert que les progrès technologiques et médicaux sont rarement au coeur de leurs récits, même s'ils en font partie. En nous éloignant d'une perspective axée sur les progrès scientifiques et médicaux en faveur de celle sur la technologie médicale liée au travail des infirmières des USI, ainsi que des relations qu'elles développent avec les patients et leur famille, nous percevons autrement la technologie. L'analyse de la dyade infirmière et technologie que nous proposons dans le cadre de cette communication est une combinaison qui a rarement été explorée dans l'historiographie et la littérature professionnelle associée au sujet des soins infirmiers intensifs.

Marie-Hélène Vanier* : « Déposer des germes de prudence » : Les mesures de la lutte antituberculeuse montréalaise visant l'enfance, 1900-1950 »

Durant la première moitié du XX^e siècle, les maladies infectieuses et contagieuses fourmillent dans la ville de Montréal. Certains quartiers ouvriers, où les conditions sanitaires et hygiéniques sont déplorables, deviennent de véritables nids de contamination. Afin de répondre adéquatement à ce problème de santé publique, les médecins montréalais choisissent majoritairement le modèle du dispensaire antituberculeux pour lutter contre la maladie.

S'inscrivant dans le cadre d'une étude dressant le portrait des soins à domicile des tuberculeux de la classe ouvrière à Montréal entre 1900 et 1950, cette communication a pour but de faire ressortir les mesures de la lutte antituberculeuse visant l'enfance. Nous proposons une analyse de la campagne éducative et des mesures mises sur pied par la Commission des écoles catholiques de Montréal, adepte de l'éducation hygiénique pour combattre la tuberculose. Subséquemment, un portrait des activités antituberculeuses de la Commission scolaire protestante de Montréal servira à faire une analyse comparative de l'œuvre antituberculeuse des deux institutions scolaires de la ville.

Nous verrons d'abord les initiatives des dispensaires antituberculeux mises sur pied par les artisans de la lutte, soit les campagnes de propagande destinées aux enfants et les mesures des dispensaires visant l'enfance. Nous analyserons ensuite le rôle de l'école dans la prévention de la tuberculose dans les foyers montréalais. En lien avec ce rôle, il sera dans un premier lieu question de l'inspection scolaire et de la propagande antituberculeuse et d'hygiène en milieu scolaire au sein de la Commission des écoles catholiques de Montréal. En deuxième lieu, le travail de la Commission scolaire protestante de Montréal sera mis en contraste avec son homologue catholique, et ce, en s'attardant spécialement au cas de la classe en plein air. À travers nos sources provenant des commissions scolaires et des institutions antituberculeuses, nous étudierons le discours des institutions quant à l'hygiène et à l'enfance. Nous compléterons en portant un regard sur certaines actions des différents dispensaires montréalais afin de situer la place de l'enfant dans leur entreprise de lutte antituberculeuse.

During the first half of the 20th century, infectious and contagious diseases spread in Montreal. Working class neighbourhoods with poor sanitary and hygienic conditions often become nests of contamination. A majority of Montreal doctors chose the dispensary system to fight against tuberculosis (TB) and to adequately respond to this public health problem.

Part of a larger study on home care of Montreal TB patients between 1900 and 1950, this presentation aims to highlight the measures of the TB fight specifically targeting children. We propose an analysis of the educational campaign and measures set up by the Commission des écoles catholiques de Montréal, hygienic education enthusiasts in the fight against TB. Subsequently, a portrait of anti-tuberculosis activities of the Protestant School Board of Montreal will be used to make a comparative analysis of the TB work of both educational institutions of the city.

We will start by looking at initiatives set up by the TB dispensaries, such as propaganda campaigns and measures of the clinics intended for children. We will then analyze the school's role in the prevention of tuberculosis in Montreal homes. In line with this role, we will first examine school inspection and TB and hygiene propaganda in schools within the Commission des écoles catholiques de Montréal. Secondly, the work of the Protestant School Board of Montreal will be contrasted with its Catholic counterpart, focusing specially on the case of the open-air school. Through our sources from school boards and TB institutions, we will study the institutional discourses regarding hygiene and childhood. We will complete the presentation by taking a look at some actions of the various TB dispensaries of Montreal to situate the place of the children in their fight against the disease.

Dana Walsh* : “Rivalry at the Lakehead: Municipal Politics and Health care in Northwestern Ontario”

The historiography of health care in the north often focuses on communities which are typically rural and isolated, serviced by outpost nurses and controlled by provincial policies. This historical narrative neglects the experience of urban communities in the north. Thunder Bay is an urban centre in northern Ontario, which has long operated as a regional hub, offering health care services to the smaller outlying communities in Northwestern Ontario. This paper will examine the conflict between Port Arthur and Fort William as a way of examining the forces that shape the creation of health care services in Northwestern Ontario in the 1950s.

I will argue that the development of health care in the north is not only influenced by provincial politics but also the municipal politics of communities within the north. This paper will contribute to ongoing discussions in the historiography of northern health care by demonstrating that local and regional rivalries help to shape the formation of health districts. As well, by examining the decisions of politicians and administrators located in the north, this paper will contribute to ongoing studies which complicate the top-down relationships between centralized authorities who administer medical service to peripheral regions.

« Rivalité au Lakehead: politique municipale et soins de santé en nord l'ouest de l'Ontario »

L'historiographie des soins de santé dans le nord se concentre souvent sur les communautés qui sont typiquement rural et isolé, desservi par les infirmières en région éloignée et contrôlé par les politiques provinciales. Ce récit historique néglige l'expérience des communautés urbaines dans le nord. Thunder Bay est un centre urbain dans le nord de l'Ontario, qui a longtemps fonctionné comme un centre régional offrant des services de soins de santé pour les petites collectivités éloignées du nord-ouest de l'Ontario. Ce document examine le conflit entre Port Arthur et Fort William comme un moyen d'examiner les forces qui ont formées la création de services de soins de santé dans le nord-ouest de l'Ontario dans les années 1950.

Je soutiendrai que le développement des soins de santé dans le nord n'est pas seulement influencé par la politique provinciale, mais aussi les politiques municipales des communautés dans le nord. Ce document contribuera aux discussions dans l'historiographie de soins de santé dans le nord, en présentant que les rivalités locales et régionales contribuent à façonner la formation des quartiers de santé. De plus, en examinant les décisions des hommes politiques et des administrateurs situés dans le nord, ce document contribuera à des études en cours qui compliquent les relations de haut en bas entre les autorités centrales qui gèrent des services médicaux dans les régions périphériques.

Thomas Wendelboe* : “Selling Breakfast: Commercialization and Nutritional Policy since the Second World War”

The proliferation of fad diets and fitness clubs, government policy analyses, and scientific studies highlights the dense nature of nutritional information, which is, and has historically been, as impenetrable as it is varied. Corporate marketing, medical advice, and government guidelines all produce separate and continually evolving nutritional guidelines. Of the three sources, the nutritional advice provided by marketers has not only reached the widest audience, but has also been the most detrimental to the wellbeing of Canadians. While these three entities do not exist independently of one another, the message produced by marketers has carried the most weight with the Canadian public.

Using breakfast, my proposed paper explores the commercialization of food in Canada since the Second World War and examines the historic persuasiveness of meal-time marketing. Unlike the rational message contained in government policy and medical advice, companies and their advertisements marketed unhealthy products through an irrational or emotional response, a practice that resulted in the dismissal of sensible advice of the doctors and food guides as individuals instead looked to satiate cravings through cereal boxes and other convenience foods. The success of food marketing mimics the cigarette industry, which has continued to prosper despite the health-based messages of anti-smoking campaigns. Smoking remains an alluring habit due to marketer's ability to elicit an emotional response triggered by an underlying need for self-expression. While medical professionals discussed the

health benefits of a morning meal, marketers attached overtones of gender, the family, and nationalism to the allure of convenience to breakfast foods, finding an attentive audience looking for help coping with a modern society.

La prolifération des régimes à la mode et des clubs de fitness, les études de la politique gouvernementale et les études scientifiques mettent en évidence le caractère dense de l'information nutritionnelle, qui est, et a toujours été, aussi impénétrable que variée. Le marketing d'entreprise, les avis médicaux et les directives du gouvernement fournissent tous des conseils nutritionnels distincts et qui sont en constante évolution. L'une des trois sources, les conseils alimentaires fournis par le marketing, ont non seulement atteint le plus large public, mais ont également été les plus préjudiciables au bien-être des Canadiens. Bien que ces trois entités ne soient pas indépendantes les unes des autres, c'est le message véhiculé par le marketing qui a eu le plus de poids aux yeux du public canadien.

En utilisant l'exemple du petit-déjeuner, cet article explore la commercialisation des denrées alimentaires au Canada depuis la Seconde Guerre mondiale et examine la persuasion historique du marketing à l'heure du repas. Contrairement au message rationnel contenu dans la politique gouvernementale et les avis médicaux, les entreprises et leurs publicités ont commercialisé des produits malsains en suscitant des réactions irrationnelles ou émotionnelles. Cette pratique a entraîné le rejet des conseils judicieux des médecins et des guides alimentaires, puisque que les individus ont plutôt cherché à assouvir leurs envies de boîtes de céréales et d'autres aliments prêts à consommer. Le succès de la commercialisation des denrées alimentaires imite celui de l'industrie de la cigarette, qui continue à prospérer malgré les messages de santé lancés par les campagnes anti-tabac. Le tabagisme demeure une habitude séduisante grâce à la capacité des commerciaux de provoquer une réaction émotionnelle déclenchée par un besoin sous-jacent d'expression de soi. Pendant que les professionnels de la santé discutaient des effets bénéfiques que le petit-déjeuner a pour la santé, le marketing ajoutait des connotations de genre, de famille et de nationalisme à l'attrait de la commodité des aliments du petit-déjeuner, visant un public attentif et à la recherche d'aide face à une société moderne.

Leah Wiener* : “Generational Discourses of Death in the Thessalon Indian Agency”

This paper, derived from my previous research on the health of Aboriginal children in mid-northern Ontario during the early twentieth century, examines how Department of Indian Affairs officials represented the health of Aboriginal people of various generations in reserve communities from 1880 to 1920. My research is geographically centered in the Thessalon agency, a group of communities on the north shore of Lake Huron. In relation to prevalent discourses in Euro-Canadian medical circles portraying Aboriginal peoples as a dying race, I will analyze how representations of children, parents, and the elderly furthered this discourse, and the implications of such representations on health, education, and relief for the poor in these communities. Drawing primarily from letters and reports produced by Samuel Hagan, Indian Agent for the Thessalon communities, I will argue that an individual's position in the life-course intersected with their status as an Aboriginal person to inform Euro-Canadian appraisals of their social worth, in relation to broader constructions of 'deserving' and 'undeserving' common to the era. Ideas of age fed stereotypic portrayals of children, adults, and the elderly, constructing and reinforcing a notion of 'deserving' subjects at extremes of the life course. This is clear through an examination of referrals of children to residential schools resulting from Hagan's evaluation of their parents; discussions of day school pupils' social and medical needs; and requests for aid to the elderly.

Cette communication est tirée de ma recherche sur la santé des enfants autochtones du Nord de l'Ontario pendant la première partie du vingtième siècle. J'examine la façon dont les responsables du Département des affaires indiennes ont représenté la santé des Autochtones sur plusieurs générations dans les réserves entre 1880 et 1920. Ma recherche est axée sur l'agence Thessalon, un groupe de communautés sur le côté nord du lac Huron. En juxtaposition aux discours dominants des médecins euro-canadiens décrivant les peuples autochtones comme une race en voie de disparition, j'analyse comment les représentations des enfants, des parents, et des personnes âgées ont perpétué ces discours, et les implications que celles-ci ont eues sur la santé, l'éducation et l'assistance aux pauvres au sein de ces communautés. En analysant les lettres et les rapports produits par Samuel Hagan,

l'agent responsable des communautés de Thessalon, je soutiens que le seul fait d'être Autochtone, peu importe le parcours de vie, influence le jugement des personnes euro-canadiennes quant à la valeur sociale des membres de cette communauté. Les idées transmises sur leur sujet ont perpétué des représentations stéréotypées tant sur les enfants, les adultes que les personnes âgées et contribué à construire et renforcer la notion des êtres « méritants » ou « non méritants ». Cela est démontré en examinant les décisions prises par Hagan concernant l'envoi des enfants dans des écoles résidentielles après son évaluation des parents, les besoins sociaux et médicaux des étudiants et les demandes d'aide pour les personnes âgées.

Whitney Wood* : “A Martyrdom of Misery’: Women’s Attitudes toward Pregnancy and Childbearing in Late-Nineteenth and Early-Twentieth Century English Canada”

Pregnant with her first child in 1912, Lucy Maud Montgomery, the internationally-known children’s author made famous by her *Anne of Green Gables Stories*, confessed in her diary, “I feel very nervous when I think of the ordeal before me. It cannot be easy at the best.” While Montgomery repeatedly noted that she could not “avoid feeling dread and anxiety” towards the agony and “anguish of the final ordeal” that was the act of giving birth, the many uncertainties associated with pregnancy and childbearing stood out as her greatest fears. These fears, coupled with the ongoing and various discomforts associated with Montgomery’s pregnancy, led her to declare, “I really suffer a martyrdom of misery, partly physical, partly nervous.”

This paper takes Montgomery’s account, and others found in women’s diaries and correspondence, as a starting point to examine women’s attitudes towards their pregnant bodies and the experience of giving birth in late-nineteenth and early-twentieth century English Canada. In the second half of the nineteenth century, the trope of the “delicate” middle-class white woman, highly “evolved” and therefore increasingly sensitive, became commonplace. Though physicians were perhaps its most ardent supporters, English-Canadian women also appeared to internalize these ideas. In the private records they left, they can be seen to be narrating their bodies and birthing experiences in ways that conform to these prevailing medical discourses. These ideas about the female body both reflected and reinforced the “delicate” woman’s anticipatory anxieties surrounding pregnancy and childbirth pain and shaped individual recollections about birthing experiences. Fundamentally, pervasive fears of pregnancy, and of the pain of giving birth, were both a product of and contributed to women’s increasing distrust of traditional female support networks and fuelled their increasing recourse to “modern” physician assistance during the birthing process. The outcome was a very different personal experience of pregnancy and birth for middle-class white women, the rapid elimination of midwife attendance, and the burgeoning professionalization of obstetrics in English Canada.

« ‘Un martyr de la misère’: les attitudes des femmes envers la grossesse et l'accouchement durant la fin du XIXe et le début du XXe siècle au Canada anglophone »

En 1912, enceinte avec son premier enfant, Lucy Maud Montgomery, auteure renommée internationalement par ses histoires d'Anne de Green Gables, avait avoué dans son journal: «Je me sens très nerveuse quand je pense à l'épreuve devant moi. Au mieux, elle ne peut pas être facile.» Tandis que Montgomery note qu'elle ne pouvait pas 'éviter ses sentiments de crainte et d'anxiété' vers l'agonie et 'l'angoisse de l'épreuve finale' (l'accouchement), ses plus grandes peurs étaient les nombreuses incertitudes associées avec la grossesse et la maternité. Ces peurs, couplées avec les divers malaises liés avec sa grossesse ont même, Montgomery à déclarer qu'elle «souffre vraiment un martyr de la misère, partiellement physique, partiellement nerveux.»

Ce document, tient compte de l'histoire de Montgomery, couplée avec les histoires d'autres femmes trouvées dans leurs journaux et leurs correspondances, comme un point de départ pour examiner l'attitude des femmes envers leurs corps enceintes et envers l'expérience d'accouchement durant la fin du XIXe et le début du XXe siècle au Canada anglophone. Dans la deuxième moitié du XIX siècle, le trope conventionnel de la femme blanche de la classe moyenne dépeint une image délicate, évoluée, et par conséquent sensible. Même si les médecins étaient peut-être ses défenseurs ardents, les femmes canadiennes-anglaises semblent également internaliser ces idées. Dans leurs collections privées, elles racontent leurs corps et leurs expériences d'accouchement de manière

conforme avec les discours médicaux existantes. Ces idées sur le corps de la femme reflètent et renforcent l'image de la femme «délicate» avec des anxiétés d'anticipation vers la grossesse et les douleurs associés avec l'accouchement. En outre, ces idées ont influencés développés les souvenirs de l'expérience d'accouchement individuel. Fondamentalement, les craintes omniprésentes de la grossesse et de la douleur de l'accouchement étaient un produit de et avaient contribué à l'augmentation de méfiance envers les réseaux de soutien des femmes traditionnels alimentant des recours accrus vers la médecine moderne durant l'accouchement. Le résultat était une expérience de la grossesse et de l'accouchement personnelle et très différente entre les femmes blanches de la classe moyenne ce qui a mené à l'élimination rapide de la fréquentation aux sages-femmes, et contribué à la professionnalisation de l'obstétrique au Canada anglophone.

Judith Young : “This student’s arrival gave me a bad shock’: Black Nurses at the School of Nursing, University of Toronto 1937-47”

Historian Karen Flynn has clearly documented the fact that women of colour were not accepted into Canadian hospital nursing schools until the very late 1940s, and then reluctantly. However, a good ten years earlier, the School of Nursing at the University of Toronto did accept Black women into its programs though, admittedly, they were from outside Canada. Utilizing correspondence between Kathleen Russell, Director of the School, and the Rockefeller Foundation, and student reminiscences, this paper identifies the first Black nurses who entered the School of Nursing at the University of Toronto and examines the milieu in which they studied. At the School, most foreign students were enrolled in one of the post-graduate certificate programs in public health nursing, teaching or supervision. Each year, the Rockefeller Foundation sent a group of graduate nurses (from around the world) to Toronto to enrol in one of these programs. These were the Rockefeller fellows and it was a “fellow” from Panama who, in 1937, was the first visibly Black nurse to enrol at the School. Subsequently others followed from the United States, the West Indies, and India. Did the School have the option of denying a place to women of colour? It would have been difficult to turn down a request from the Foundation. It was Rockefeller funding that had enabled the School to survive and the relationship between officials in the Foundation’s Nursing Division and Kathleen Russell, Director of the School of Nursing was close. Although denial would have been difficult, I do consider that Russell’s character and leadership were a factor in the acceptance of women of colour and that she worked hard to facilitate their experience.

« L’arrivée de cette étudiante m’a profondément choqué ‘: Les infirmières noires à l’école du nursing, Université de Toronto, 1937-47 »

L'historienne Karen Flynn a bien documenté le fait que les femmes de couleur n'étaient pas acceptées par les écoles du nursing des hôpitaux canadiens jusqu'à la fin des 1940s, et alors sans enthousiasme. Cependant, dix années plus tôt l'école du nursing de l'Université de Toronto acceptait les étudiantes noires bien qu'il faille reconnaître qu'elles n'étaient pas canadiennes. J'utilise la correspondance entre Kathleen Russell, directrice de l'école, et la Fondation Rockefeller, et les réminiscences des étudiantes, pour identifier les premières infirmières noires qui s'inscrivaient à l'école du nursing, Université de Toronto et pour examiner le milieu dans lequel elles étudiaient. À l'école, la plupart des étudiantes étrangères s'inscrivaient aux programmes pour licenciés, par exemple de santé publique, d'enseignement ou d'administration. Chaque année, la Fondation Rockefeller envoyait un groupe d'infirmières diplômées (du monde entier) à Toronto pour s'inscrire à ces programmes. Elles étaient les Rockefeller Boursiers et c'est un Boursier du Panama qui est, en 1937, la première infirmière noire qui s'inscrit à l'école. Par la suite d'autres arrivaient des États-Unis, des Antilles, et de l'Inde. Est-ce que l'école aurait pu exclure les femmes de couleur? Il aurait été difficile de rejeter une demande de la Fondation. Les fonds de la Fondation Rockefeller étaient essentiels pour la survie de l'école et les rapports étaient bons entre les officiels du département du Nursing de la Fondation et Kathleen Russell. Néanmoins, je pense que le caractère et la direction de Russell influençaient la décision d'accepter les femmes de couleur et qu'elle travaillait dur pour faciliter leurs expériences.

Lynne Young & Margaret Scaia : “Unraveling on the Edges: Reflections on Collaborative Nursing Education in B.C. 1989-2012”

In 1989 the University of Victoria and nine colleges in BC came together with a vision to develop a collaborative curriculum for nursing, a vision linked to the feminist vision of improving women’s access to education. The Collaborative Nursing Program (CNP), one of the largest in Canada, facilitated the expansion of the four-year degree program in nursing through the creation of “a very effective and cohesive group of nurse educators and leaders” (Molzahn & Purkis, 2004, p.45 Molzahn, A.E. & Puris, M.E. (2004) Collaborative nursing education programs: Challenges and issues. *Nursing Leadership*, 17, (4): 41-55.). Leaders held that through this collaborative curriculum initiative, nurses, most of whom are women, could enter a college based nursing program and be streamlined into a baccalaureate program. Such a process would move nursing closer to its goal of professionalism while enabling university-based education to a diverse group of women. Such a goal was achieved in 2002 when the BC provincial government passed legislation that made the baccalaureate degree the entry level credential for Registered Nurses as of 2005. A number of important legislative changes in the funding for advanced education also came together at this time, making it possible for colleges to offer independent or “applied” nursing degrees. This shift challenged fundamental principles underlying the CNP partnership, raising concerns that the applied degree undermined the work done by the partnership to promote nursing as a scientific discipline (Molzahn & Purkis, p.44). A new formation of the partnership called the Collaboration for Academic Education in Nursing (CAEN) formed with fewer partners but with similar philosophical perspectives. More recently, politics, economics and social changes have once again conspired to challenge and change the configuration of the CAEN partnership, resulting in the withdrawal of the UVic SON from the partnership and the re-formation of yet another collaboration. In this paper, we will provide an overview of the historical unfolding of these various collaborations to illustrate how the edginess of social, political, and economic forces, particularly in BC, have intersected to shape and re-shape attempts at collaborative forms of nursing education. The paper will conclude with lessons learned.

« Réflexions sur l’enseignement des soins infirmiers en collaboration en C.-B De 1989 à 2012 »

En 1989, l’Université de Victoria et neuf collèges de la C.-B. ont eu la vision commune d’élaborer un programme d’enseignement des soins infirmiers en collaboration, lié à la vision féministe d’un accès amélioré des femmes à l’éducation. Les responsables de l’élaboration de ce programme de soins infirmiers en collaboration soutenaient que les membres du personnel infirmier, dont la plupart sont des femmes, pouvaient être admis à un programme collégial de soins infirmiers et être orientés dans un programme de baccalauréat universitaire. Ce processus permettrait aux soins infirmiers de se rapprocher de leur objectif de professionnalisme, tout en rendant l’enseignement universitaire accessible à un groupe de femmes diversifié. Cet objectif a été atteint en 2002, grâce à l’adoption par le gouvernement de la C.-B. d’une loi faisant du baccalauréat le titre exigé pour le niveau de recrutement des infirmières et des infirmiers autorisés à partir de 2005. Au même moment, les modifications législatives provinciales ont permis aux collèges d’offrir des diplômes indépendants ou « appliqués ». Ce changement a fait craindre que le diplôme appliqué compromette le travail effectué par le partenariat pour promouvoir les soins infirmiers en tant que discipline universitaire (Molzahn et Purkis, p. 44). Ces modifications législatives ont causé des tensions et des différends entre les partenaires du programme d’enseignement des soins infirmiers en collaboration. C’est ainsi qu’a été formé un nouveau partenariat du nom de Collaboration for Academic Education in Nursing (CAEN), qui visait à conserver le diplôme universitaire de quatre ans. Plus récemment, des changements d’ordre politique, économique et social ont de nouveau contribué à remettre en question et à modifier la configuration du partenariat de CAEN, ce qui a incité l’Université de Victoria à s’en retirer et a donné lieu à la formation d’une autre collaboration. Dans cette communication, nous présentons un aperçu de l’évolution de ces collaborations pour illustrer comment l’agitation des forces sociales, politiques et économiques entourant la délivrance de titres pour les infirmières et les infirmiers de la C.-B. a contribué à façonner et à réorganiser l’élaboration de formes d’enseignement des soins infirmiers en collaboration. En conclusion, la communication présentera les leçons apprises.

Sheila J. Rankin Zerr and Pertice Moffitt : “Past and Present Oral Histories Examine the Challenges Faced by the Nurse in Canada's North”

This study examines oral histories of nurses' experiences and challenges in northern Canada. Northern Canada is defined as the northern most part of the provinces, and the three territories, the Yukon, Northwest Territories, and Nunavut. Stories of the experiences and challenges of the nurses currently serving in the north form the basis of comparison to oral histories recorded by nurses who served in earlier years.

The early experiences and challenges of northern nurses, from the 1920s to the 1990s, are examined using oral histories recordings, many of which are part of the College of Nurses of British Columbia oral history collection. The current experiences and challenges are examined using interviews and recordings of nurses currently working in the Territories.

The findings demonstrate the evolving role of the nurse in northern Canada and how the challenges faced have changed over the years from the 1920s to present day. This research provides the basis for further study into the expanding role of the nurse in northern Canada.

Cette communication s'intéresse, selon une approche d'histoire orale, aux expériences et aux défis des infirmières œuvrant dans le Nord du Canada – les parties nord des provinces et des territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut. Les expériences des infirmières actuellement en service dans le Nord servent de base comparative à celles enregistrées par des infirmières qui ont servi entre 1920 et 1990. Les enregistrements utilisés font parties de la collection d'histoires orales du College of Nurses of British Columbia. Les conclusions de cette étude démontrent l'évolution du rôle des infirmières œuvrant dans le Nord canadien et permettent de jeter les bases d'un nouveau questionnement portant sur l'élargissement des responsabilités des infirmières depuis les années 1920.

At Congress 2013:

Book Workshop: Canadian Abortion Politics: Twenty-Five Years After Morgentaler

Monday, June 3, 3:15 to 4:45, Hickman Lecture Hall, Room 105

Abortion Access and Activism

Panelists:

Shoshanna Erlich, Colleen MacQuarrie, Kelly Gordon, Paul Saurette, Shannon Stettner

Despite the *Morgentaler* decision, access to legal abortion services remains uneven across the country. The panelists discuss the ways in which anti-abortion activism hinders access at both the street and governmental levels; anti-abortion strategies and framing of the issue; and responses from pro-choice and reproductive justice activists.

Tuesday, June 4, 10:30 to 12:00, Hickman Lecture Hall, Room 105

Medicalization and the Law on Abortion in Canada

Panelists:

Greg Flynn, Rachael Johnstone, Jen Rinaldi, Tracy Penny Light

Since the *Morgentaler* decision, access to abortion has been grounded in the legislation around the *Charter* rights of individuals as well as being framed as a medical decision involving professionals. The panelists will explore how the framing of abortion in medical and legal terms has shaped the abortion politics and political agendas of both the pro and anti-choice movements.

Supported by the *Canadian Society for the History of Medicine* and the School of Nursing at the University of Victoria.

	<p><i>Nursing History Research Unit</i> <i>L'Unité de recherche sur l'histoire des soins infirmiers</i></p>
<p>Annual Scholarship \$10,000 (max)</p>	<p>To promote the use of historical perspectives on aspects of nursing and/or health, broadly defined</p> <p>Students must be:</p> <ul style="list-style-type: none"> • registered fulltime in a graduate program at the University of Ottawa (Faculty of Health Sciences, History, or Women's Studies) • committed to research on historical perspectives to develop a critical analysis of contemporary issues related to health • willing to be supervised or co-supervised by a member of the Nursing History Research Unit <p>Contact Jayne Elliott (jelliott@uottawa.ca) for more information</p>
<p>Bourse d'études annuelle 10,000 \$ (max)</p>	<p>Promouvoir la recherche qui contribue à l'historiographie en matière de santé selon une histoire sociale, culturelle ou politique</p> <p>Les étudiant-e-s doivent</p> <ul style="list-style-type: none"> • être inscrit-e-s à temps plein dans un programme d'études supérieures de l'Université d'Ottawa (à la Faculté des sciences de la santé, en histoire ou à l'Institut d'études des femmes) • proposer un projet de recherche mettant en valeur le contexte historique et développer une analyse critique des enjeux contemporains en matière de santé • rédiger une thèse sous la direction ou la codirection d'un membre de l'Unité de recherche sur l'histoire des soins infirmiers <p>Contactez Jayne Elliott, jelliott@uottawa.ca pour obtenir plus d'informations</p>