

Université de Montréal

Les niveaux et les facteurs déterminants de la mortalité infantile en Nouvelle-France
et au début du Régime Anglais (1621-1779)

par

Marilyn Amorevieta-Gentil

Département de Démographie
Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de Philosophæ Doctor (Ph. D)
en démographie

Décembre 2009

© Amorevieta-Gentil, 2009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

Les niveaux et les facteurs déterminants de la mortalité infantile en Nouvelle-France
et au début du Régime Anglais (1621-1779)

présentée par
Marilyn Amorevieta-Gentil

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Lisa Dillon
Président-rapporteur

Bertrand Desjardins
Directeur de recherche

Alain Gagnon
Codirecteur de recherche

Norbert Robitaille
Membre du jury

Sherry Olson
Examinatrice externe

Kevin Tuite
Représentant du doyen de la faculté

RÉSUMÉ

A l'époque de la Nouvelle-France, il n'était pas rare que des enfants de moins d'un an décèdent. Les parents acceptaient avec sagesse et résignation le décès de leurs enfants. Telle était la volonté du Tout-Puissant. Grâce au *Registre de la Population du Québec Ancien* (R.P.Q.A.) élaboré par le *Programme de Recherche en Démographie Historique* (P.R.D.H), l'ampleur de la mortalité infantile a pu être mesurée selon plusieurs critères, quelques facteurs déterminants examinés ainsi qu'une composante intergénérationnelle identifiée. Couvrant pour la première fois la totalité de l'existence de la colonie, nos résultats confirment l'importance de la mortalité des enfants aux XVII^e et XVIII^e siècles (entre 140 et 260‰ avant correction pour le sous-enregistrement des décès).

Des disparités tangibles ont été constatées entre les sexes, selon le lieu de naissance ainsi que selon la catégorie professionnelle à laquelle appartient le père de l'enfant. L'inégalité des probabilités de survie des tout-petits reflète l'iniquité physiologique entre les genres, avec une surmortalité masculine de l'ordre de 20%, et l'influence de l'environnement dans lequel vit la famille : les petits de la ville de Québec décédaient en moyenne 1,5 à 1,2 fois plus que les petits des campagnes. Montréal, véritable hécatombe pour l'instant inexplicable, perdait 50% de ses enfants avant l'âge d'un an, ce qui représente 1,9 fois plus de décès infantiles que ceux des enfants de la campagne, qui jouissent malgré tout des bienfaits de leur environnement. Les effets délétères de l'usage de la mise en nourrice, qui touche plus de la moitié des enfants des classes aisées citadines, ravagent leur descendance de plus en plus profondément. L'examen de la mortalité infantile sous ses composantes endogène et exogène révèle que la mortalité de causes exogènes explique au moins 70% de tous les décès infantiles. La récurrence des maladies infectieuses, l'absence d'hygiène personnelle, l'insalubrité des villes constituaient autant de dangers pour les enfants.

Dans une perspective davantage familiale et intergénérationnelle où l'enfant est partie intégrante d'une fratrie, des risques significatifs ont été obtenus pour plusieurs caractéristiques déterminantes. Les mères de moins de 20 ans ou de plus de 30 ans, les enfants de rang de naissance supérieur à 8, un intervalle intergénéral inférieur à 21

mois ou avoir son aîné décédé accroissent les risques de décéder avant le premier anniversaire de l'ordre de 10 à 70%, parce que le destin d'un enfant n'est pas indépendant des caractéristiques de sa mère ou de sa fratrie. Nous avons aussi constaté une relation positive entre la mortalité infantile expérimentée par une mère et celle de ses filles. La distribution observée des filles ayant perdu au moins 40% de leurs enfants au même titre que leur mère est 1,3 à 1,9 fois plus grande que celle attendue pour les filles ayant eu 9 enfants et moins ou 10 enfants et plus. Il existerait une transmission intergénérationnelle de la mortalité infantile même lorsqu'on contrôle pour la période et la taille de la famille.

Mots clés : Mortalité, enfants, famille, épidémies, mise en nourrice, fratrie, composante familiale, Nouvelle-France

ABSTRACT

During Quebec's colonial era, children often died before reaching their first anniversary. Parents accepted with wisdom and resignation the death of their children; thus was the will of the Almighty. Thanks to the *Registre de la Population du Québec Ancien* (R.P.Q.A.) put together by the *Programme de Recherche en Démographie Historique* (P.R.D.H), the level of infant mortality has been measured, some determining factors analyzed and an intergenerational component identified. Covering for the first time the entire French colonial period, our results confirm the importance of infant mortality in the 17th and 18th centuries (from 140 to 260 per thousand before applying corrections to account for the under-registration of deaths).

Significant disparities on account of sex, birthplace and father's profession have been observed. Inequalities in probabilities reflect physiological differences between males and females with a 20 per cent higher risk for boys and the influence of urban or rural residence: the city of Quebec's children died on average 1,5 à 1,2 times more than rural children. Montreal, showing extraordinarily high levels of infant mortality, still unexplained, lost 50 per cent of its children before age one, which represented 1,9 times more infant deaths than those of rural children who enjoyed a better environment. The deleterious effects of wet-nursing practices, concerning more than half of children born in wealthy urban families, devastated more and more their descendants. Furthermore, the study of the endogenous and exogenous components of infant mortality revealed that the mortality of exogenous causes explains more than 70 per cent of all infant deaths. The recurrence of infectious diseases, the lack of personal hygiene, and the insalubrities of urban environments posed serious dangers for children.

From a familial and intergenerational perspective, which views each child as an integral part of a sibship, significant risks have been observed for several determining characteristics. Teenage mothers (<20) or mothers over 35, a high birth rank (8+), a short birth interval (less than 21 months) and the death of the previous child increase infant mortality of the index child from 10 to 70%, because a child's fate is not independent of his mother and sibling characteristics. We also found that infant mortality clustered within

certain families. A positive relationship between infant mortality experienced by mothers and daughters has been found. The observed distribution of daughters having lost at least 40 per cent of their children when their mothers also lost the same proportion of their children is 1,3 to 1,9 times higher than the one expected. An intergenerational transmission of infant mortality probably existed, when controlling for period and sibship size.

Key words : Mortality, children, family, diseases, wet-nursing, sibling, familial component, New-France

TABLE DES MATIÈRES

IDENTIFICATION DU JURY.....	ii
RÉSUMÉ.....	iii
ABSTRACT.....	v
TABLE DES MATIÈRES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES FIGURES.....	xvi
LISTE DES ANNEXES.....	xviii
REMERCIEMENTS.....	xx
DÉDICACE.....	xxii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE 1 : DU «VIEUX CONTINENT» AU «NOUVEAU-MONDE».....	12
1. ÊTRE UN ENFANT DANS L'EUROPE OCCIDENTALE TRADITIONNELLE ET LA NOUVELLE-FRANCE	16
1.1. Définition d'un enfant	16
1.2. Notre définition	17
1.3. La place de l'enfant	18
1.3.1. Un devoir religieux : assurer sa descendance	18
1.3.2. Les enfants : éléments essentiels de l'économie familiale	19
1.3.3. Enjeux politiques.....	20
1.3.4. Une situation quelque peu différente dans la colonie française	22
1.4. Le décès d'un enfant : perceptions et pratiques	23
1.4.1. De la résignation... ..	24
1.4.2. ...mais pas encore à l'inacceptable	25
1.4.3. Les rites funéraires du «sanctuaire à répit» : une pratique non-importée en Nouvelle-France	27
1.4.4. De la nécessité de baptiser	28
1.5. L'enfance et la médecine traditionnelle	30
1.5.1. Les signes d'un intérêt pour ces petits êtres : les premiers conseils préventifs aux mères	31
1.5.1.1. <i>Éviter les accidents</i>	33
1.5.1.2. <i>Les impropres prémices de l'hygiène personnelle</i>	33
1.5.1.3. <i>La société, le mari, la nourrice et l'enfant...un long combat pour l'allaitement maternel</i>	35
1.5.1.3.1. <u>Les croyances populaires...et médicales</u>	36
1.5.1.3.2. <u>Les interdits sociaux et religieux</u>	37
1.5.1.3.3. <u>Les arguments en faveur de l'allaitement maternel</u>	38

1.5.1.3.4.	<u>Une influence amérindienne?</u>	40
1.5.1.3.5.	<u>La mise en nourrice en Nouvelle-France</u>	41
1.5.2.	La médicalisation de la petite enfance : quelques aspects	43
1.5.2.1.	<i>L'obstétrique : science inachevée</i>	43
1.5.2.2.	<i>Le rôle des membres du corps médical : l'exception des sages-femmes</i>	44
1.5.2.3.	<i>La connaissance des maladies infantiles</i>	47
1.5.2.3.1.	<u>Un savoir presque inutile pour les enfants...</u>	47
1.5.2.3.2.	<u>L'inoculation contre la variole : trop tard pour la colonie</u>	50
2.	LA NOUVELLE-FRANCE : UNE SOCIÉTÉ SANS ÉGAL	52
2.1.	Les premières estimations générales	53
2.2.	Mortalité infantile désagrégée	54
2.2.1.	Mortalité selon le sexe de l'enfant	57
2.2.2.	Mortalité selon le lieu de résidence : les villes et les campagnes	58
2.2.3.	Mortalité selon le statut social de la famille	60
2.3.	Mortalité exogène	62
2.3.1.	Les pratiques d'allaitement mercenaire : facteur différentiel	62
2.3.2.	Les crises épidémiques	64
2.3.3.	Tentatives de prévention	65
2.3.4.	Les disettes et les famines	67
3.	REPRODUCTION ET MORTALITÉ INFANTILE: LE «NŒUD GORDIEN» DE LA DÉMOGRAPHIE...	68
3.1.	Facteurs génétiques	70
3.2.	Santé de la mère avant et pendant sa vie reproductive	71
3.2.1.	Statut nutritionnel	71
3.2.2.	Épuisement	72
3.2.3.	Déplétion maternelle	73
3.2.4.	Transmission exogène par le fœtus	73
3.3.	Santé de l'enfant : variables démographiques et biologiques	75
3.3.1.	Âge de la mère, parité et sexe de l'enfant	75
3.3.2.	Taille de la famille	76
3.3.3.	Les intervalles protogénésique et intergénésiques	78
3.3.4.	Les facteurs confondants : nécessité d'un contrôle	80
3.3.4.1.	<i>Prématurité</i>	80
3.3.4.2.	<i>Destin de l'aîné direct et des enfants précédents</i>	81
3.3.4.3.	<i>Mortalité maternelle, investissement parental</i>	82
3.4.	Éléments échappant à l'observation	82
4.	CONCLUSION DU CHAPITRE	83
 CHAPITRE 2 : SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE		86
1.	SOURCE DE DONNÉES	87
1.1.	Présentation du Registre de Population du Québec Ancien (R.P.Q.A.)	87

1.2. La saisie informatique : l'état actuel des travaux.....	88
1.3. La qualité des informations.....	88
1.3.1. Les naissances et les baptêmes	89
1.3.2. Les décès et les sépultures	90
1.3.3. Les ondoyés décédés	92
1.3.4. Les «Obit»	94
1.3.5. Les destins inconnus : des origines à la fin du Régime Français	94
1.3.6. La profession du père de famille	97
2. MÉTHODOLOGIE	97
2.1. Mortalité infantile générale et désagrégée : définitions et calcul.....	98
2.1.1. Mortalité générale des enfants	100
2.1.2. Mortalité de causes endogènes et exogènes.....	101
2.1.3. Estimations par la méthode biométrique de Bourgeois-Pichat	102
2.1.4. Différenciation par le statut social du père.....	104
2.2. Mortalité de crise : la méthode de Dupâquier.....	107
2.2.1. Définition d'une crise de mortalité et indice d'intensité	108
2.3. Des corrections nécessaires : pertes fortuites, omissions volontaires.....	109
2.3.1. Les pertes d'actes : une entrave à cette recherche?.....	111
2.3.2. Évaluation des ondoyés : la «loi» des 3%	112
2.3.3. Évaluation des décès perdus : la méthode des distributions	114
2.4. La mise en nourrice : approche quantitative.....	116
2.4.1. Proportion d'enfants placés : méthode traditionnelle.....	116
2.4.2. Estimation par les intervalles intergénéraliques.....	117
2.5. Facteurs déterminants de la mortalité infantile.....	118
2.5.1. Contrôle des données et conditions préalables.....	119
2.5.1.1. Complétude des vies matrimoniale et reproductive	119
2.5.1.2. Familles citadines, familles rurales	120
2.5.1.3. Destin de l'aîné, destin du cadet	121
2.5.1.4. Cas éventuellement exclus	122
2.5.2. Les implications des facteurs choisis et les valeurs manquantes	122
3. CONCLUSION DU CHAPITRE.....	124
CHAPITRE 3 : LES NIVEAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE (1621-1779).....	126
1. LES NIVEAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE APPARENTE.....	128
1.1. Mortalité infantile générale.....	128
1.1.1. Évolution temporelle.....	129
1.1.2. Les crises de mortalité.....	130
1.1.2.1. L'identification des crises : le désaccord des sources	130
1.1.2.2. La Grande Faucheuse d'enfants	134
1.1.3. Intensité de quelques crises de mortalité.....	136
1.1.4. Le marquis de Montcalm : un précurseur.....	140
1.2. Une gracieuseté de la Nature : être une fille.....	141

1.2.1. Un profil conforme	141
1.2.2. Rapport de masculinité au décès	143
1.3. Le lieu de résidence : un facteur de survie différentielle.....	144
1.3.1. Caractère urbain des villes : l'exception trifluvienne	144
1.3.2. Rapport des quotients villes/campagnes	147
1.3.3. L'hécatombe montréalaise	149
1.3.3.1. Les hypothèses géographiques et hygiéniques	149
1.3.3.2. Les hypothèses socioculturelles	150
1.4. Gens du monde, gens du labeur.....	152
1.4.1. Des enfants au destin opposé... ..	152
1.4.2. Des fonctions de la paroisse urbaine aux positions sociales	155
1.5. La mise en nourrice : de connivence avec la «Grande Faucheuse».....	158
1.5.1. Estimations par la méthode des «paroisses».....	159
1.5.2. L'ampleur du phénomène par les intervalles entre naissances	162
2. COMPOSANTES DE LA MORTALITÉ INFANTILE.....	165
2.1. Ensemble du territoire.....	166
2.2. Paroisses urbaines et paroisses rurales.....	167
2.3. Quelques réflexions	168
3. LES NIVEAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE CORRIGÉS.....	169
3.1. Application des méthodes de correction.....	170
3.1.1. Estimation des ondoyés décédés.....	170
3.1.2. Estimation des décès perdus.....	173
3.2. Vers une mortalité infantile réelle approchée	176
4. CONCLUSION DU CHAPITRE.....	179
CHAPITRE 4: LES FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA MORTALITÉ INFANTILE.....	182
1. MORTALITÉ INFANTILE ET REPRODUCTION.....	183
1.1. Analyse univariée.....	184
1.1.1. Mortalité néonatale et post-néonatale	184
1.1.2. Âge au mariage et intervalle protogénésique	186
1.1.3. Facteurs relatifs à la mère et l'enfant	187
1.1.3.1. L'âge à l'accouchement du premier enfant	187
1.1.3.2. Rang de naissance de l'enfant.....	189
1.1.4. Facteurs relatifs à la fratrie.....	190
1.1.4.1. Taille de la famille	191
1.1.4.2. Destin de l'enfant précédent.....	192
1.1.4.3. Proportion d'enfants décédés dans la fratrie.....	194
1.1.4.4. Intervalles intergénésiques	195
1.2. Analyse bivariée et contrôle de variables.....	198
1.2.1. Rang de naissance et âge de la mère à l'accouchement	198
1.2.2. Rang de naissance et sexe de l'enfant.....	200
1.2.3. Rang de naissance et taille de la famille.....	201

1.2.4. Rang de naissance et destin de l'enfant précédent	202
1.2.5. Intervalle intergénérisique et âge de la mère à l'accouchement	203
1.2.6. Intervalle intergénérisique, rang de naissance et taille de la famille	205
1.2.7. Intervalle intergénérisique et destin de l'enfant précédent	208
1.2.8. Intervalle intergénérisique moyen et proportion d'enfants décédés	212
1.3. Analyse multivariée.....	215
1.3.1. Résultats	216
1.3.2. Interprétation.....	222
2. COMPOSANTE INTERGÉNÉRATIONNELLE DE LA MORTALITÉ INFANTILE.....	224
2.1. Critères de sélection	225
2.2. Quelques données.....	226
2.3. Définition des familles à haut-risque et très haut-risques.....	228
2.4. Transmission intergénérisique : investigation.....	229
2.4.1. Distributions des mères et des filles selon les statuts de risque	229
2.4.2. Distributions observées et attendues	230
2.5. Effet de période.....	234
3. CONCLUSION DU CHAPITRE.....	235
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	238
ANNEXES.....	246
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	273
I) OUVRAGES ANCIENS DU XVIIIE AU XXE SIÈCLE	273
II) CORRESPONDANCES ANCIENNES.....	275
III) SUR LA FAMILLE ET L'ENFANT DANS LES SOCIÉTÉS TRADITIONNELLES	277
IV) SUR L'HISTOIRE ET LA SOCIÉTÉ DE LA NOUVELLE-FRANCE ET DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.....	278
V) SUR LA MÉDECINE TRADITIONNELLE ET LES MALADIES INFECTIEUSES (EUROPE ET QUÉBEC ANCIEN).....	279
VI) SUR LE CONTENU ET LA QUALITÉ DES ACTES DES REGISTRES PAROISSIAUX DANS LE QUÉBEC ANCIEN	281
VII) MESURE DE LA MORTALITÉ ENDOGÈNE ET EXOGÈNE.....	281
VIII) PRATIQUES DE LA MISE EN NOURRICE ET DE L'ALLAITEMENT	281
IX) ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES PAYS EUROPÉENS.....	282
X) ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES SUR LE QUÉBEC ANCIEN.....	284
XI) SUR LES FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS (EUROPE ET QUÉBEC)	286
XII) MORTALITÉ INFANTILE INTERGÉNÉRATIONNELLE.....	289
XIII) MÉTHODES DE CALCUL EN DÉMOGRAPHIE.....	289
XIV) UTILITAIRES.....	289
XV) OUVRAGES DE RÉFÉRENCE.....	290
XVI) LOGICIELS UTILISÉS.....	290
XVII) SITES INTERNET.....	290

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1.1 :	Tableau récapitulatif des résultats obtenus par les chercheurs pour les niveaux de mortalité infantile (‰), endogène et exogène selon la période, le lieu d'établissement et la catégorie sociale en Nouvelle-France.....	55
TABLEAU 2.1 :	Effectifs et fréquences (%) de l'inscription d'une date de décès ou de sépulture seule pour les ondoyés décédés selon le sexe (1621-1769).....	92
TABLEAU 2.2 :	Distribution des ondoyés décédés selon le type de date connue et selon le sexe (1621-1769) (Effectifs et fréquences (%)).....	93
TABLEAU 2.3 :	Proportion des sépultures manquantes par période décennales (%).....	95
TABLEAU 2.4 :	Classification des crises de mortalité selon l'échelle de magnitude et l'intensité.....	108
TABLEAU 2.5 :	Comportements reproductifs des mères selon la période de mariage et leur lieu de résidence.....	121
TABLEAU 3.1 :	Intensité estimée et magnitude des crises de mortalité.....	138
TABLEAU 3.2 :	Estimation de l'écart relatif (%) entre les décès enregistrés lors d'une crise de mortalité et la moyenne des décès des dix années antérieures.....	139
TABLEAU 3.3 :	Distribution des enfants décédés selon leur lieu de naissance et la catégorie sociale de leur père (%).....	157
TABLEAU 3.4 :	Quotients de mortalité infantile apparents de la classe inférieure selon le lieu et la période de naissance (‰).....	158
TABLEAU 3.5 :	Répartition effective et relative (‰) des enfants décédés à moins de deux ans selon leurs lieux de naissance et de décès (Catégories des seigneurs et officiers militaires, marchands et fonctionnaires et artisans).....	160
TABLEAU 3.6 :	Répartition effective et relative (‰) des enfants décédés à moins de deux ans selon leurs lieux de naissance et de décès (Seigneurs et officiers militaires seulement).....	160
TABLEAU 3.7 :	Répartition effective et relative (‰) des enfants décédés à moins de deux ans selon leurs lieux de naissance et de décès (Marchands et fonctionnaires seulement)	161

TABLEAU 3.8 :	Répartition effective et relative (‰) des enfants décédés à moins de deux ans selon leurs lieux de naissance et de décès (Artisans seulement).....	161
TABLEAU 3.9 :	Répartition des intervalles intergénérisques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Catégories des seigneurs et officiers militaires, marchands et fonctionnaires et artisans).....	162
TABLEAU 3.10 :	Répartition des intervalles intergénérisques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Seigneurs et officiers militaires seulement).....	163
TABLEAU 3.11 :	Répartition des intervalles intergénérisques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Marchands et fonctionnaires seulement).....	163
TABLEAU 3.12 :	Répartition des intervalles intergénérisques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Artisans seulement).....	164
TABLEAU 3.13 :	Composantes endogènes et exogènes de la mortalité infantile par période (Ensemble du territoire).....	166
TABLEAU 3.14 :	Composantes endogènes et exogènes de la mortalité infantile par période (Paroisses urbaines).....	167
TABLEAU 3.15 :	Composantes endogènes et exogènes de la mortalité infantile par période (Paroisses rurales).....	168
TABLEAU 3.16 :	Naissances, ondoyés relevés et ondoyés estimés par période de naissance et par sexe.....	171
TABLEAU 3.17 :	Naissances, ondoyés relevés et ondoyés estimés par période de naissance et par lieu de naissance.....	172
TABLEAU 3.18 :	Naissances corrigées, décès relevés et corrigés, ondoyés estimés, sous-enregistrement, coefficient de correction des décès estimés et quotients de mortalité infantile corrigés par période de naissance et par le sexe de l'enfant.....	174
TABLEAU 3.19 :	Naissances corrigées, décès relevés et corrigés, ondoyés estimés, sous-enregistrement des décès, coefficient de correction des décès estimés et quotients de mortalité infantile corrigés par période et lieu de naissance.....	175
TABLEAU 4.1 :	Distribution des décès infantiles selon leur âge au décès par période de naissance (%).....	186
TABLEAU 4.2 :	Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile d'un enfant en fonction du destin de son aîné.....	193

TABLEAU 4.3 :	Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile d'un enfant en fonction du rang de naissance et du sexe de l'enfant.....	201
TABLEAU 4.4 :	Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile d'un enfant en fonction du rang de naissance et destin de son aîné direct.....	203
TABLEAU 4.5 :	Distribution des intervalles intergénésiques selon leur durée et l'âge de la mère à l'accouchement.....	205
TABLEAU 4.6 :	Durée moyenne des intervalles intergénésiques selon le rang de naissance et la taille de la famille.....	207
TABLEAU 4.7 :	Durée moyenne des intervalles intergénésiques selon le destin de l'enfant précédent et la taille de la famille.....	208
TABLEAU 4.8 :	Risques de décéder selon la durée de l'intervalle intergénésique et le destin de l'enfant précédent.....	209
TABLEAU 4.9 :	Risques de décéder selon la durée de l'intervalle intergénésique, le destin de l'enfant précédent et la taille de la famille.....	211
TABLEAU 4.10 :	Durée moyenne de l'intervalle intergénésique selon la proportion d'enfants perdus avant l'âge d'un an par la mère et la taille de la famille.....	213
TABLEAU 4.11 :	Risques de décéder selon la durée de l'intervalle intergénésique, la taille la famille et la proportion d'enfants perdus avant l'âge d'un an par la mère.....	214
TABLEAU 4.12 :	Description statistique des échantillons et des variables.....	217
TABLEAU 4.13 :	Régression logistique binaire du risque de mortalité infantile (Variable dépendante = l'enfant est décédé).....	219
TABLEAU 4.14 :	Régression logistique binaire du risque de mortalité néonatale (Variable dépendante = l'enfant est décédé).....	220
TABLEAU 4.15 :	Distribution des mères et de leurs filles selon la taille de la famille.....	227
TABLEAU 4.16 :	Quotients apparent de mortalité infantile selon la taille de la famille et la génération.....	227
TABLEAU 4.17 :	Définitions d'une famille à haut-risque et à très haut-risque.....	228
TABLEAU 4.18 :	Distributions des filles en fonction de leur statut de risque et de celui de leur mère selon le lieu de résidence (%).....	230
TABLEAU 4.19 :	Distributions des filles observées, attendues, rapport des deux	

	distributions selon la proportion de leurs d'enfants perdus avant l'âge d'un an et la proportion des enfants perdus de leurs de leurs mères (Familles de 4 enfants et plus).....	231
TABLEAU 4.20 :	Distributions des filles observées, attendues, rapport des deux distributions selon la proportion de leurs d'enfants perdus avant l'âge d'un an et la proportion des enfants perdus de leurs de leurs mères (Familles de 4 à 9 enfants).....	232
TABLEAU 4.21 :	Distributions des filles observées, attendues, rapport des deux distributions selon la proportion de leurs d'enfants perdus avant l'âge d'un an et la proportion des enfants perdus de leurs de leurs mères (Familles de 10 enfants et plus).....	233
TABLEAU 4.22 :	Année moyenne de mariage des filles selon leur proportion de leurs enfants décédés et la proportion des enfants décédés de leur mère.....	235

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1.1 :	Cadre conceptuel de la mortalité infantile et de la reproduction en fécondité naturelle.....	74
FIGURE 1.2 :	Schéma explicatif des composantes de la fécondité naturelle.....	77
FIGURE 2.1 :	Schéma explicatif des composantes de la mortalité infantile selon la méthode biométrique de Jean-Bourgeois-Pichat.....	103
FIGURE 3.1 :	Quotients apparents de la mortalité infantile pour l'ensemble du territoire (1640-1779).....	131
FIGURE 3.2 :	Quotients apparents de la mortalité infantile selon le sexe de l'enfant (Moyennes mobiles quinquennales) (1660-1779).....	142
FIGURE 3.3 :	Rapport de masculinité au décès pour l'ensemble du territoire (1660-1779).....	143
FIGURE 3.4 :	Quotients apparents de la mortalité infantile selon le lieu de naissance (Moyennes mobiles quinquennales) (1660-1779).....	145
FIGURE 3.5 :	Rapport des quotients de mortalité infantile entre Québec, Montréal et les paroisses rurales (1690-1779).....	148
FIGURE 3.6 :	Quotients apparents de la mortalité infantile selon la catégorie professionnelle à laquelle appartient le père (1660-1779).....	153
FIGURE 3.7 :	Quotients de mortalité infantile (‰) apparents et corrigés pour l'ensemble des enfants par période de naissance.....	176
FIGURE 3.8 :	Quotients de mortalité infantile (‰) apparents et corrigés selon le sexe de l'enfant et par période de naissance.....	177
FIGURE 3.9 :	Quotients de mortalité infantile (‰) apparents et corrigés par lieu et période de naissance.....	178
FIGURE 4.1 :	Distribution des décès infantiles selon leur âge au décès (%).....	185
FIGURE 4.2 :	Risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon l'âge de la mère à l'accouchement.....	188
FIGURE 4.3 :	Risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon le rang de naissance de l'enfant.....	189
FIGURE 4.4 :	Distribution relative et cumulée des mères en fonction de leur descendance finale.....	191

FIGURE 4.5 :	Risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon la taille finale de la famille.....	192
FIGURE 4.6 :	Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon la proportion d'enfants décédés avant leur premier anniversaire dans une famille complétée.....	194
FIGURE 4.7 :	Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile la durée de l'intervalle intergénérisique.....	196
FIGURE 4.8 :	Quotients de mortalité infantile pour les rangs de naissance 1, 2 et 3 selon l'âge de la mère à l'accouchement.....	199
FIGURE 4.9 :	Quotients de mortalité néonatale et post-néonatale pour les rangs de naissance 1, 2 et 3 selon l'âge de la mère à l'accouchement.....	199
FIGURE 4.10 :	Quotients de mortalité infantile selon la durée de l'intervalle intergénérisique et l'âge de la mère à l'accouchement.....	204
FIGURE 4.11 :	Quotients de mortalité infantile selon la durée de l'intervalle intergénérisique et le rang de naissance de l'enfant.....	206
FIGURE 4.12 :	Quotients de mortalité infantile selon la durée de l'intervalle intergénérisique et le taille de la famille.....	210

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1.1A :	Ordonnance de Vaudreuil et Bégon prescrivant diverses mesures (20 octobre 1721).....	246
ANNEXE 1.1B :	Délibération du Conseil de Marine sur une lettre de Vaudreuil et Bégon (4 novembre 1721)	247
ANNEXE 2.1 :	Effectifs des actes de baptêmes par période décennale et par sexe.....	248
ANNEXE 2.2 :	Effectifs des actes de sépulture par période décennale et par sexe pour les moins de un an.....	249
ANNEXE 2.3 :	Répartition des professions citées dans notre population selon les catégories sociales.....	250
ANNEXE 3.1 :	Liste chronologique des évènements (Maladie, guerre, disette) identifiées selon diverses sources.....	252
ANNEXE 3.2A :	Répartition des intervalles intergénésiques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Québec) (Seigneurs et officiers militaires seulement).....	255
ANNEXE 3.2B :	Répartition des intervalles intergénésiques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Québec) (Marchands et fonctionnaires seulement).....	255
ANNEXE 3.2C :	Répartition des intervalles intergénésiques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Québec) (Artisans seulement).....	256
ANNEXE 3.3A :	Répartition des intervalles intergénésiques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Montréal) (Seigneurs et officiers militaires seulement).....	257
ANNEXE 3.3B :	Répartition des intervalles intergénésiques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Montréal) (Marchands et fonctionnaires seulement).....	257
ANNEXE 3.3C :	Répartition des intervalles intergénésiques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Montréal) (Artisans seulement).....	258
ANNEXE 3.4 :	Décès infantiles cumulés selon le groupe de générations (1621-1719) (Ensemble du territoire).....	259
ANNEXE 3.5 :	Décès infantiles cumulés selon le groupe de générations (1720-1779) (Ensemble du territoire).....	260

ANNEXE 3.6 :	Décès infantiles cumulés selon le groupe de générations (1621-1719) (Paroisses urbaines).....	261
ANNEXE 3.7 :	Décès infantiles cumulés selon le groupe de générations (1720-1779) (Paroisses urbaines).....	262
ANNEXE 3.8 :	Décès infantiles cumulés selon le groupe de générations (1621-1719) (Paroisses rurales).....	263
ANNEXE 3.9 :	Décès infantiles cumulés selon le groupe de générations (1720-1779) (Paroisses rurales).....	264
ANNEXE 4.1A:	Risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon l'âge de la mère à l'accouchement pour les périodes 1621-1719 et 1720-1779.....	265
ANNEXE 4.1B:	Risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon le rang de naissance pour les périodes 1621-1719 et 1720-1779.....	265
ANNEXE 4.1C :	Risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile d'un enfant en fonction du destin de son aîné pour les périodes 1621-1719 et 1720-1779.....	266
ANNEXE 4.1D :	Risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon la durée de l'intervalle intergénérisique pour les périodes 1621-1719 et 1720-1779.....	267
ANNEXE 4.2 :	Distributions effective et relatives des intervalles intergénérisiques selon leur durée et la période de naissance.....	268
ANNEXE 4.3 :	Distributions des filles observées, attendues, rapport des deux distributions selon la proportion de leurs d'enfants perdus avant l'âge d'un an et la proportion des enfants perdus de leurs de leurs mères (Familles de 4-9 enfants) (Villes).....	269
ANNEXE 4.4 :	Distributions des filles observées, attendues, rapport des deux distributions selon la proportion de leurs d'enfants perdus avant l'âge d'un an et la proportion des enfants perdus de leurs de leurs mères (Familles de 10+ enfants) (Villes).....	270
ANNEXE 4.5 :	Distributions des filles observées, attendues, rapport des deux distributions selon la proportion de leurs d'enfants perdus avant l'âge d'un an et la proportion des enfants perdus de leurs de leurs mères (Familles de 4-9 enfants) (Campagnes).....	271
ANNEXE 4.6 :	Distributions des filles observées, attendues, rapport des deux distributions selon la proportion de leurs d'enfants perdus avant l'âge d'un an et la proportion des enfants perdus de leurs de leurs mères (Familles de 10+ enfants) (Campagnes).....	272

REMERCIEMENTS

De près ou de loin, plusieurs personnes et organismes ont prêté leur concours à la concrétisation de cette recherche qui fut à l'origine un mémoire de maîtrise et que j'ai eu extrêmement de plaisir à réaliser. Qu'ils soient ici vivement remerciés.

Tout d'abord, j'offre mes profonds remerciements à mon directeur de thèse, Mr Bertrand Desjardins, pour sa confiance sans cesse renouvelée, pour sa passion de la démographie historique qu'il m'a transmise et pour le soutien financier aimablement accordé. Je lui destine une sincère reconnaissance pour m'avoir offert d'intégrer l'équipe du *Programme de Recherche en Démographie Historique* (P.R.D.H.) pendant plusieurs années. Travailler sur le *Registre de la Population du Québec ancien* (R.P.Q.A.) a été la meilleure façon d'apprivoiser mon sujet de recherche. Que soit aussi remercié le *Conseil de recherches en sciences humaines du Canada* (C.R.S.H), pour sa participation financière à ce projet doctoral.

J'aimerais aussi sincèrement remercier Mr Alain Gagnon, mon codirecteur, pour ses judicieux conseils et commentaires. Ses connaissances en statistiques se sont révélées être une aide précieuse pour la finalisation de cette recherche.

Ma gratitude s'adresse aussi au Département de Démographie et à son directeur, Mr Robert Bourbeau, ainsi qu'à la Faculté des Études supérieures et Postdoctorales, qui m'ont assuré un appui financier durant ma maîtrise et mon doctorat.

Je tiens à témoigner ma reconnaissance à Denis Duval, programmeur au sein du P.R.D.H., pour la rapidité et la gentillesse avec laquelle il a répondu à mes requêtes de fichiers de données.

De profonds remerciements à *Bibliothèque et Archives Canada* pour rendre aisément accessible les trésors du patrimoine canadien. Les documents des XVIIe et XVIIIe siècles numérisés ont été une source d'informations inestimable.

Pour leur assistance de dernière minute, que soient remerciés Germain Boco, collègue doctorant et Lisa Dillon, professeure au Département de Démographie.

De sincères et réitérés remerciements à Mr Robert Bourbeau, Mr Bertrand Desjardins ainsi que Mr Norbert Robitaille pour leur précieuse compréhension. Sans votre bienveillance et vos encouragements, je n'aurais pu réintégrer cette belle famille de démographes en 2007.

Cette thèse n'aurait jamais vu le jour sans les soutiens irremplaçables et inconditionnels de ma mère et de ma mamy. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée, les assidus encouragements que vous m'avez exprimés, et l'amour que vous m'avez témoigné. Maman, pour la persévérance, Mamy, pour la rigueur, soyez du fond de mon cœur remerciées.

Je désire adresser de particuliers remerciements à mon ange du Paradis, Patrick, pour avoir été la joie dans la tristesse, la lumière dans la noirceur, l'espoir dans la détresse et le bonheur même dans les pleurs. Merci pour ton amour et les fous rires quotidiens desquels j'ai puisé le plaisir et le courage de persévérer.

Toute ma gratitude à mes beaux-parents, Claude et Johanne, pour m'avoir soutenue tout au long de mon doctoral périple. Grâce à vous, j'ai découvert la beauté faunique et florale des forêts de la ZEC Normandie dans laquelle je me suis ressourcée et repris des forces. Pour un peu, je me serais crue en Nouvelle-France!

Des pensées toutes spéciales à Marie-Thérèse, ma grand-tante maternelle. Ta disparition inattendue m'a conduite au Québec, il y a dix ans. Sans ta regrettable absence, je n'aurais probablement jamais connu cette merveilleuse discipline qu'est la démographie historique.

Toute mon affection à mon regretté Papy, étoile au dessus des mers qu'il chérissait. L'histoire et l'humanité sont comme la mer, chargées de mystères. À nous de les apprivoiser pour mieux les comprendre et les apprécier.

Je ne saurais clore ces remerciements sans avoir une tendre pensée pour tous les petits Canadiens-français qui sont devenus des anges auprès de l'Éternel. Vos éphémères existences auront donné naissance à cette recherche. Vous ne serez jamais oubliés.

*À la mémoire de Danièle Gentil
(1948-1949)*

*Tu as offert ton âme à Dieu pour que vivent les nôtres.
Bénie sois-tu.*

INTRODUCTION GÉNÉRALE

*«Vous scavez aussy bien que moy que dieu nous donne des Enfant
& quil en est le maitre de nous les auté quand ille luy plait»*

Extrait d'une lettre de Jean Meilleur à Jean Garnaud, datant du 2 février 1726,
annexée à la vente de Pierre Verret et Jean Garnaud à Jean Verret, 28 septembre 1727

Le niveau de mortalité avant l'âge d'un an durant une période spécifique et pour une population donnée est une mesure simple qui fournit maintes informations sur les conditions de vie des familles et qui constitue un indicateur de l'état de santé et de développement d'une société. Le Québec, et en particulier sa population catholique francophone, est reconnu pour avoir éprouvé des quotients de mortalité infantile très élevés qu'il n'a enrayés de son histoire qu'au cours du XXe siècle. Cette réalité, qui illustre l'une des multiples particularités de la société québécoise, a depuis sa fondation freiné la croissance de son peuple, longtemps réputé pour sa forte fécondité. Alors qu'au XVIIe siècle, la colonie française en Amérique du Nord, la Nouvelle-France, profite d'un certain apport d'immigrants servant d'impulsion à sa croissance, elle ne doit espérer l'expansion de sa population au siècle suivant que par l'excédent des naissances sur celui des décès. Ainsi, la grande Faucheuse d'enfants a hypothéqué l'avenir démographique de la colonie. Terminer nos propos de cette façon ne rendrait pas justice à ces petits innocents. Le destin d'un enfant est surtout étroitement lié à plusieurs comportements démographiques, tels la fécondité, la mortalité maternelle et fraternelle ou bien les pratiques sociales d'allaitement qui s'articulent sous forme de relations causales complexes mais fascinantes. Dès lors, pour interpréter légitimement l'histoire démographique du Québec ancien, il nous faut comprendre la mortalité des enfants et les mécanismes qui la justifient.

L'objectif de la présente thèse est d'améliorer les connaissances de la mortalité infantile en Nouvelle-France et au cours des deux premières décennies du Régime Anglais (1621-1779). Elle consiste en quelque sorte à réunir en une seule recherche, à

parachever et à approfondir les études passées par des approches temporelle, géographique, sociale dans un premier temps, familiale et intergénérationnelle dans un second temps, afin d'obtenir un ensemble cohérent et tout à fait inédit. Cette étude est la première qui effectue des comparaisons de la mortalité infantile du Québec entre le Régime Français et le Régime Anglais. Nos résultats démontrent que la mortalité des enfants n'a cessé de croître entre la fondation de la colonie et sa fin en 1763. Cette progression s'explique géographiquement, socialement et médicalement par l'insalubrité des villes, l'absence d'hygiène personnelle, une surmortalité masculine, l'importance de la mise en nourrice et la récurrence des maladies infectieuses et des disettes. Les vingt premières années du gouvernement anglais suggèrent une légère baisse du niveau de mortalité infantile qui serait due non pas à de meilleures conditions de vie dans l'enfance, mais à une accalmie retrouvée après une décennie de conflits et au départ des élites qui pratiquaient la funeste mise en nourrice. Les résultats obtenus indiquent aussi que les petits de Montréal souffraient d'une singularité propre à leur ville, pour l'instant inexplicée. Dans une perspective davantage familiale et intergénérationnelle où l'enfant est partie intégrante d'une fratrie, les enfants nés de mères âgées, de rangs de naissance élevés, dans une famille nombreuse, avec un intervalle intergénéral court et un aîné décédé avaient des risques de mortalité plus élevés. Nous avons par ailleurs constaté que les décès infantiles étaient inégalement répartis au sein des familles. Une relation positive entre la mortalité infantile expérimentée par une mère et celle de ces filles a été aussi décelée. Il existerait ainsi une transmission intergénérationnelle de la mortalité infantile, expliquée en partie par un effet de période.

Au XXe siècle, force est cependant d'admettre que la population canadienne-française a suscité un intérêt particulier auprès des historiens démographes qui ont offert de nombreuses avenues de recherche à leurs successeurs. Faute d'outils statistiques ou de données complètes, la construction de la généalogie des Canadiens-Français depuis les années 60 dans une banque de données intitulée *Le registre de la population du Québec ancien* a grandement contribué à développer la recherche et la compréhension des phénomènes démographiques de ce peuple. La fécondité, la nuptialité, la migration, la longévité, récemment la démo-génétique ont été – et sont encore – des sujets relativement connus ou exploités tandis que la mortalité des enfants fut en majorité traitée dans le cas de populations ciblées ou délimitées dans le temps. Citons à titre d'exemples Jacques Henripin (1954) qui consacre quelques pages à la mortalité infantile dans son

ensemble entre 1700 et 1730, Hubert Charbonneau (1975) un chapitre dans un ouvrage, Lorraine Gadoury, Yves Landry et Hubert Charbonneau (1985), un article sur la mortalité différentielle entre le milieu rural et le milieu urbain et entre les sexes (1621-1700), Danielle Gauvreau (1991) un chapitre pour les enfants de la ville de Québec, Micheline Tremblay (1981), Lorraine Bernier-Lemyre (1982), Serge Goudreau (1983) et Hélène Périers (1992) un chapitre de leur mémoire sur les paroisses respectives de Beauport, Neuville, Cap-Santé-Deschambault-Grondines puis Trois-Rivières, Louise Dechènes (1988) quelques pages sur les habitants et marchands de Montréal, Lorraine Gadoury (1988) et Carles Simo Noguera (1995) un chapitre de leur thèse sur les nobles et les bourgeois. D'autres chercheurs incluent la mortalité infantile dans des études spécifiques aux maladies infectieuses : Hubert Charbonneau (1992) sur la variole à Saint-François-de-Sales (1733), Bertrand Desjardins (1996) destine un article sur la même maladie en 1702-1703, Ryan Mazan, Alain Gagnon et Bertrand Desjardins (2009) sur la rougeole en 1714-1715, Alain Gagnon et Ryan Mazan (2009) sur l'effet de l'exposition aux maladies infectieuses dans l'enfance sur la mortalité aux âges avancés. Enfin, Richard Lalou (1990) accorde l'intégralité de sa thèse à la mortalité néonatale précoce (enfants de moins de 7 jours).

Dans une dimension plus familiale, Jacques Henripin (1954; 1957) fut un précurseur dans l'analyse des mécanismes liés à la reproduction et qui seront plus tard associés à ceux de la mortalité des enfants. Pierre Philippe (1973;1978) s'intéresse quant à lui, dans de courts articles, à l'influence des intervalles intergénéraliques, du rang de naissance et de la dimension de la finale de la famille sur la vie des tout-petits à l'Isle-aux-Coudres. Alors que ce type d'étude est répandu en Europe ou aux États-Unis sur des populations anciennes ou contemporaines, il faut attendre les années 90 pour qu'apparaisse un article exploratoire sur l'effet de facteurs familiaux sur la vie des enfants durant les XVIIe et XVIIIe siècles canadiens (Nault, Desjardins et Légaré, 1990). Enfin, dans une perspective intergénérationnelle, seuls Michel Tremblay, Evelyne Heyer et Raymond Roy (1998) ont cherché à savoir si la surmortalité infantile expérimentée dans certaines familles se maintenait d'une génération à l'autre pour la population saguenéenne au XIXe siècle.

Sans être exhaustive, cette liste démontre une fraction de la diversité des sujets engendrés par la mortalité des enfants. Loin de regretter l'insuffisance des effectifs d'études sur ce phénomène, celles-ci constituent une assise considérable pour notre

recherche en ce qu'elles ont exploré le sujet, constaté et commenté des particularités, posé des hypothèses et offert de nombreuses avenues de recherches. En cela, ces références bibliographiques balisent considérablement notre étude. Nonobstant toutes les indiscutables qualités qu'elles possèdent, ces travaux comportent à plusieurs égards certaines limites involontaires qui motivent notre entreprise sur le destin des enfants avant l'âge d'un an.

D'un côté, à l'exception de Richard Lalou (1990) dont la thèse repose sur la mortalité néonatale précoce – donc sur une fraction du phénomène démographique qui nous intéresse – et intègre les facteurs familiaux comme éléments explicatifs, les autres chercheurs ont construit leurs études en prenant pour point de départ un élément géographique (une paroisse ou un ensemble de paroisses), un statut social (un groupe socioprofessionnel) ou une composante médicale (épidémie) et dans lesquelles la mortalité des enfants est brièvement traitée parmi d'autres phénomènes démographiques (fécondité, nuptialité, mortalité, migration) en fonction de l'axe de recherche adopté par le scientifique. Il demeure par conséquent des zones d'ombre sur la vie des tout-petits dans le passé québécois. À l'opposé, opter pour la mortalité des enfants de moins d'un an comme pierre angulaire permet de mieux explorer les éléments susceptibles de l'expliquer. Dès lors, cette approche se distingue des autres en ce qu'elle compte aborder et confronter aussi bien les thèmes de la religion et de ses pratiques, la politique, l'économie familiale, la famille, la culture, les us et coutumes, l'éthologie humaine, la médecine et la santé, l'histoire ou la géographie. En cela, nous admettons l'une de nos motivations.

D'un autre côté, les études de nos prédécesseurs, précisément à cause de leurs approches exploratoires et parfois à cause d'un manque d'effectif, n'ont pu réaliser des analyses selon une échelle de temps raffinée. Les unes font usage de périodes composées de plusieurs décennies (Dechêne, 1988; Gadoury, 1988; Lalou, 1990, Simo Noguera, 1995), d'autres des origines d'une paroisse à la fin de la colonie (Tremblay, 1981; Bernier-Lemyre, 1982; Goudreau, 1984; Gauvreau 1991), d'autres encore circonscrivent leur recherche aux années pour lesquelles les données sont disponibles (Henripin, 1954; Charbonneau, 1976; Gadoury et al., 1985), tant est si bien que ce découpage temporel tend à neutraliser les effets d'évènements précis, tels les épidémies, sur la vie des enfants. La présente thèse envisage de remédier à cette question chaque

fois que cela sera réalisable et pertinent, en examinant la mortalité infantile pour chaque génération annuelle. Puisque la progression des travaux dans la reconstitution biographique et généalogique des Canadiens Français consent désormais à l'observation exhaustive de la population francophone du Québec ancien et de couvrir pour la première fois l'ensemble de la période coloniale française et les vingt premières années du Régime colonial anglais, il nous sera possible d'observer si la cession la colonie aux mains d'une nouvelle puissance coloniale a modifié l'évolution de la mortalité des enfants.

Enfin, l'abondante littérature internationale relative à la synergie entre la reproduction et la mortalité des enfants nous a instruits sur le fait qu'il ne peut exister de relations de causes à effets simples entre ces deux phénomènes. Or, les rares articles québécois voués à ces thèmes n'offrent qu'une vision partielle de l'impact des comportements reproductifs sur la mortalité des enfants (Philippe, 1973, 1978; Nault et al, 1990; Lalou, 1990, 1997). Il est fort à propos d'enrichir cette perspective en complétant leurs analyses et en effectuant de nouvelles plus minutieuses. En ce qui a trait à une éventuelle transmission intergénérationnelle de la mortalité infantile, aucune étude québécoise n'a été consacrée à la Nouvelle-France : voilà une avenue de recherche dont il reste tout à connaître et que le présent travail prospectera.

L'histoire de ce phénomène démographique dans la colonie reste ainsi à écrire. Il nous paraît dès lors légitime de combler cette lacune, d'autant plus qu'il n'existe aucune monographie consacrée aux petits Canadiens-français durant les XVIIe et XVIIIe siècles et réalisée selon une approche démographique étayée d'arguments sociologiques. Ceci requiert d'outrepasser le cadre statistique, de précéder nos analyses quantitatives par une synthèse analytique qualitative et de faire l'hypothèse capitale que les comportements sociaux observés dans la métropole se sont exportés dans sa colonie transatlantique, quitte à nuancer nos propos ultérieurement. Une autre de nos motivations à entreprendre cette recherche s'exprime alors par l'idée de suppléer à cette faiblesse littéraire.

Ce sujet suscite d'ailleurs de nombreuses interrogations suite à ces deux axes de recherche qui ont attisé notre intérêt pour la population infantile. Quelle est l'évolution de la mortalité des enfants en Nouvelle-France et au début du Régime britannique? Les risques de mortalité infantiles ont-ils été différentiels d'un siècle à l'autre selon leur genre, leurs appartenances sociale et géographique ou leur âge? Ceux-ci s'accroissent-ils de

façon monotone sur les deux siècles étudiés? L'explication tient-elle des apparitions répétées et de la virulence des maladies infectieuses, de l'absence d'hygiène et de médecine? Le changement de régime gouvernemental et les tentatives de préventions ont-ils renversé la tendance annuelle? Quelle est l'importance des comportements maternels en termes d'allaitement? Au sein d'une même fratrie, pourquoi un enfant décède et pas un autre? Comment les caractéristiques maternelles ou familiales interagissent-elles et réduisent-elles les probabilités de survie d'un enfant? Les facteurs de risque associés à la mortalité infantile sont-ils hérités de mère en filles?

Les résultats de tous nos prédécesseurs, une fois colligés, suggèrent fortement une mortalité infantile de plus en plus élevée à travers les XVIIe et XVIIIe siècles, quel que soit le critère traité – le sexe de l'enfant, le découpage géographique, le statut social – et ont aussi engendré une série d'hypothèses relatives à l'évolution temporelle des niveaux de la mortalité infantile qui seront testées dans ce travail. Les recherches que nous avons consultées sur le sujet révèlent l'importance de la croissance de la population, de l'occupation du territoire, du développement des villes institutionnelles et administratives de Québec, Trois-Rivières et Montréal, de la promiscuité des habitants en leurs enceintes, de l'absence d'hygiène privée et publique et des pratiques sociales d'allaitements. Des composantes de la mortalité infantile, celle de type endogène – conditions de la grossesse et de l'accouchement, malformations de l'enfant – aurait prédominé au cours du XVIIe siècle tandis que celle de type exogène – relative aux conditions extérieures et à l'environnement de l'enfant – aurait prévalu tout du moins au cours du premier tiers du siècle suivant.

Dès lors, il est possible de penser que l'augmentation de la mortalité des enfants résulte tout simplement de la structuration de la vie coloniale, au point d'en menacer de plus en plus la vie de ses sujets. La concentration des habitants en certaines paroisses, les échanges commerciaux avec la métropole ou intracoloniaux pourraient constituer un facteur de diffusion d'agents pathogènes, de différenciation entre les villes et les campagnes et expliquer en partie la croissance du phénomène. Parallèlement, à l'instar de la France, la formation des comptoirs de commerce et l'institutionnalisation des villes sollicitent une hiérarchie de classes sociales avec leurs façons de vivre, leurs coutumes et leurs croyances propres. Nous sommes de prime abord tentés de croire que les enfants issus de la noblesse ou de la bourgeoisie soient épargnés des éléments délétères pour

leur survie. En effet, grâce à la position de leurs parents dans la société, ces enfants pouvaient tirer parti d'une protection plus grande en vue d'assurer la succession patrimoniale, de soins parentaux et médicaux appropriés, d'une meilleure alimentation. Toutefois, nous pensons qu'un critère caractéristique des membres de la haute société, symbolisé par la mise en nourrice – c'est-à-dire par l'usage d'une mère nourricière pour allaiter et prendre soin de l'enfant dès la naissance pour permettre à la mère biologique d'enfanter de nouveau et de mieux assurer son rôle d'épouse –, a pu briser ce parfait tableau au point de contrebalancer tous les bénéfices dont leurs enfants auraient pu profiter grâce à la richesse de leurs parents. A ce titre, nous pensons fermement que le développement des centres urbains a contribué à l'expansion de cette pratique parmi les gens aisés.

Est-il légitime de croire que la substitution du Régime anglais au Régime français a modifié les comportements fondamentaux des familles canadiennes? L'une de nos hypothèses à ce sujet est qu'il est fort peu probable que l'observation de deux seules décennies rende perceptible toute éventuelle modification. De plus, vingt années ne suffiraient pas pour déstructurer une société construite sur plus d'un siècle et demi. Les deux suppositions les plus pertinentes sont que la guerre de la Conquête (1756-1763) devrait être visible dans nos résultats par une hausse de la mortalité infantile, en ce qu'elle a perturbé les ordres économique et social de la société, raréfié les ressources alimentaires, déraciné des familles entières, mobilisé pères et soldats pour défendre la colonie et engendré diverses maladies infectieuses. Une fois la guerre terminée et une certaine accalmie recouvrée, la mortalité infantile devrait retrouver son niveau précédant la crise. Par contre, la littérature nous a enseigné que les familles de l'administration coloniale ainsi que certaines familles aisées, par peur de perdre leurs privilèges et leur position sociale en devenant des sujets britanniques, ont quitté la colonie à cette époque. Nous pensons qu'à un certain degré, ils ont constitué une forme de sélection sociale – la plupart des familles non-migrantes ne pratiquant pas la mise en nourrice, et que leur départ a pu aussi être responsable d'une baisse de mortalité infantile après la guerre.

Ceci nous conduit à l'importance des comportements en termes de fécondité, de soins maternels et de leurs liens avec le destin des enfants. Si le foisonnement des études internationales nous renseigne sur la complexité de ce thème, les rares études québécoises suggèrent que les comportements sociodémographiques de la population

rurale canadienne-française sont pour l'instant conformes à ceux d'autres populations anciennes de même nature. Puisqu'il s'agit d'une société traditionnelle qui ne pratique aucun contrôle des naissances, qui est régie par un cadre moral puissant, à l'intérieur duquel ni la médecine ni les mères ne représentent d'interférences au cours normal de la vie, il n'y a pas de raisons pour que cette population diffère des autres dès lors que nos analyses seront plus détaillées. Par conséquent, nous attendons une relation d'interdépendance positive entre la forte fécondité et la forte mortalité qui prévalaient à cette époque à l'instar des autres populations anciennes.

Pour infirmer ou confirmer ces principales hypothèses, la présente étude se compose de quatre chapitres, témoins de notre démarche. En premier lieu, un chapitre liminaire expose une synthèse des sources qualitatives et quantitatives entourant l'enfant sur le «Vieux Continent» et le «Nouveau-Monde». Trois perspectives différentes mais complémentaires sont évoquées dans ce chapitre: d'abord, à titre de mise en contexte, une brève histoire des mentalités héritées de la France et qui se sont adaptées au contexte colonial est réalisée. L'insuffisance des écrits coloniaux en termes de mortalité infantile, nous engageant à quérir des informations dans la littérature scientifique française. A cet égard, les sources utilisées sont des monographies et des articles contemporains mais aussi des essais et des traités de la maternité et de l'enfance des XVIIe et XVIIIe siècles. La consultation d'ouvrages anciens permet de nous extraire de notre siècle pour nous transposer dans une époque où les approches de la reproduction et du premier âge étaient aux antipodes des nôtres. Même si les opinions émises en ce temps furent celles des savants, classe minoritaire aussi bien en France que dans sa colonie, elles nous instruisent sur les comportements adoptés par les familles et représentent des indicateurs qualitatifs susceptibles d'expliquer les inégalités de la mortalité des enfants.

Dans la seconde partie du chapitre 1, nous nous appliquerons à tracer un rapide portrait des contextes politique, social et démographique de la Nouvelle-France qui ont pu concourir au décès ou à la survie d'un enfant. Nos investigations nous ont d'ailleurs inspiré la réalisation d'une compilation des mesures de la mortalité infantile qu'elles contiennent, quelle que soit la période délimitée, le lieu d'établissement ou la classe sociale étudiés.

Se limiter à la progression de la mortalité des enfants dans le temps ne lèverait que partiellement le voile sur ce phénomène. Il nous a semblé nécessaire d'explorer un autre angle de recherche qui consiste à mettre en relation le décès infantile avec la

reproduction. Tout comme les pays occidentaux, la population canadienne-française se soumettait sans ambages aux autorités religieuses qui exhortaient la procréation et les familles nombreuses. En retour, ces dernières témoignaient leur humilité par une fécondité sans contrôle. Avec une médecine rudimentaire, des attitudes psychologiques, culturelles, spirituelles et démographiques qui ne produisaient aucune interférence sur la fécondité naturelle, la mortalité infantile et la reproduction se prêtent très bien à une compréhension fondée sur des analyses théoriques ou empiriques. Dans une troisième section du premier chapitre, nous essayerons de démêler l'écheveau intriquant ces deux phénomènes démographiques grâce à la littérature scientifique. La multitude des interactions possibles nous a invitée à construire un cadre conceptuel exhaustif, qui parachève ceux élaborés par Henry Mosley et Lincoln Chen (1984) pour les pays en développement et Richard Lalou pour la mortalité néonatale précoce et tardive (1997).

La finalité de la présente recherche ne saurait être atteinte sans présenter et apprécier la qualité de la source d'informations dont elle dépend (Chapitre 2). Le dépouillement des actes des registres paroissiaux, leur informatisation et le jumelage informatique des renseignements qu'ils contiennent aux individus ayant vécu les événements (naissance, mariage, décès) sont finalisés jusqu'en 1779. Ces données, dont la richesse n'est plus à démontrer, se prêtent aisément au projet que nous nous sommes promis de réaliser. Elles comportent néanmoins des limites, qui sont liées aux réglementations civiles et religieuses, aux fondements culturels de la population mais aussi aux outrages du temps. Dès lors que l'enregistrement des renseignements n'est plus exhaustif, les méthodes d'analyse utilisées doivent s'adapter selon l'importance des valeurs manquantes, quitte à devoir en corriger et minimiser l'impact sur les résultats escomptés, qu'il s'agisse de l'approche temporelle ou familiale de la mortalité des enfants.

Les chapitres 3 et 4 constituent le cœur de cette étude et traitent respectivement des deux axes de recherche que nous avons choisis d'explorer. Le chapitre 3 aborde sous un aspect évolutif temporel la mortalité infantile *apparente*, c'est-à-dire celle que l'on mesure à l'aide des données brutes (non corrigées), sous le thème du genre, du lieu de résidence, des classes sociales et des pratiques d'allaitement sous-jacentes. À l'aide d'échanges épistolaires entre la colonie et la mère-patrie, d'articles ou d'ouvrages scientifiques contemporains, l'identification – parfois hypothétique – des crises de mortalité, ainsi que l'évaluation de leur intensité, ont été réalisables. Les comportements socioculturels, la

médecine rudimentaire, l'absence d'hygiène personnelle et commune évoqués dans le premier chapitre ont suggéré la dissociation indispensable de la mortalité en ses deux composantes, endogène et exogène. Compte tenu de la présence d'un enregistrement des événements modestement défectueux, il nous a paru logique de combler les lacunes par l'emploi de méthodes de correction élaborées par les historiens démographes. Même si elles demeurent contestées et imparfaites, leur application octroie la possibilité d'approcher, dans une plus juste valeur, les niveaux de mortalité infantile qui devaient caractériser les XVIIe et XVIIIe siècles canadiens.

Dans une perspective davantage familiale que générale, le Chapitre 4 replace l'enfant au sein de sa fratrie, l'adjoint aux caractéristiques de ses frères et sœurs, de sa mère voire même de sa grand-mère maternelle qui sont susceptibles d'influencer son risque de décéder avant le premier anniversaire. En fonction des limites que nous imposent les données et de la complexité des interactions liant la reproduction à la mortalité infantile, nous devons réduire nos ambitions et n'adopter qu'une série de facteurs déterminants : l'âge de la mère à l'accouchement, le sexe, le rang de naissance d'un enfant, le destin de son aîné direct, la taille de la famille et la proportion d'enfant perdus. Néanmoins, l'absence de contrôle des naissances et de différences socio-économiques prononcées entre les familles et la possible observation de la complétude de la vie reproductive des femmes constituent autant de conditions exceptionnelles d'analyse. Même si certains facteurs confondants, tels que la durée de conception ou de grossesse, ne peuvent être extraits des données à notre disposition, nous avons pu analyser individuellement, simultanément puis collectivement l'impact d'un, de deux ou de plusieurs facteurs déterminants de la mortalité des enfants. Enfin, dans une approche intergénérationnelle, nous souhaitons vérifier la présence d'une composante familiale de la mortalité des enfants. Cette démarche est sans précédent pour le Québec des XVIIe et XVIIIe siècles et suscite quelques questions auxquelles nous tenterons d'apporter des réponses. Existe-t-il une concentration des décès infantiles au sein des femmes? Est-elle accentuée en fonction de la dimension finale de la famille? Est-elle identique d'une génération à l'autre? La propension d'une fille à expérimenter la perte majeure de sa descendance est-elle héritée de sa mère? Si cette prédisposition existe, est-elle différentielle selon le lieu de résidence? Quelle est la force de l'association entre les proportions d'enfants perdus par les mères et celles de leurs filles?

Cette recherche s'inscrit dans la continuité des travaux d'autres chercheurs à la différence qu'un pan de la société canadienne-française des XVIIe et XVIIIe siècles est sondée à travers le prisme d'un phénomène démographique : la mortalité infantile. Avec des données qui permettent de couvrir pour la première fois l'ensemble de l'existence de la Nouvelle-France et même les deux premières décennies du Régime Britannique, méconnues du point de vue démographique, nous espérons démontrer que la spécificité coloniale ne s'est pas exclusivement bornée à son histoire et offrir un éclairage neuf et inédit sur un phénomène étudié sporadiquement jusqu'ici.

CHAPITRE 1

DU «VIEUX CONTINENT» AU «NOUVEAU-MONDE»

*«Entre un enfant canadien et un enfant français: pas de différence;
en même temps, un océan de différence»*

Jacques Gélis, *L'enfant et la révolution française* (1994)

L'entreprise d'une recherche consacrée à la mortalité des enfants d'une société ancienne est une tâche d'une grande envergure. En effet, point ne devons-nous nous contenter d'exposer quelques statistiques à titre comparatif ou complétif d'écrits passés. Il semble indispensable d'aller au-delà des chiffres et de tenter de comprendre une structure sociale aux antipodes de la nôtre. C'est là le but essentiel de ce chapitre introductif à notre étude démographique. Afin de bien appréhender tous les éléments qui pourraient conduire à la survie ou au décès d'un enfant en bas âge, il faut que nous prenions un certain recul par rapport au passé et oublions tout préjugé que la société contemporaine peut insuffler sur ce qui fut. Il est donc de notre responsabilité d'entrer dans une réalité sociale qui fut celle de la France d'Ancien Régime, de laquelle fut créée celle de la colonie française.

Dans cette factualité, l'enfant des XVII^e et XVIII^e siècles n'est pas défini selon les références qu'on utilise de nos jours. Cet enfant est considéré davantage comme un adulte en devenir, plutôt que comme un petit-être qui a besoin d'épanouissement. Il est le fruit d'un devoir religieux, et non l'issue délibérée d'un choix familial. Aux XVII^e et XVIII^e siècles, les nouveau-nés – petits êtres imparfaits, dépourvus de personnalité ou de raison – occupaient une place prépondérante dans la société et dans la famille et étaient davantage considérés comme des adultes en devenir plutôt que comme des personnes avec leurs qualités et leurs exigences dues à leur âge. Un enfant appartient avant tout à la famille et à l'État en ce qu'il constitue un enjeu religieux, économique ou politique. Il est aussi davantage élevé dans la rudesse et la crainte de Dieu. La tendresse, l'attention et l'affection ne s'immisceront entre ses parents et lui qu'à l'approche du XIX^e siècle.

D'ailleurs, ces enfants, don de Dieu, sont si souvent vite rappelés à Lui que les parents, les mères n'ont pas le temps de s'attacher à eux. Pourquoi tomber dans les sentiments pour souffrir quand l'âme de ces anges rejoint si vite Celui qui les a créés? Faut-il ainsi s'attendre à ce que le décès d'un tout-petit ne soit considéré qu'avec détachement.

Malgré la place importante des croyances religieuses dans la vie quotidienne du peuple français et canadien-français et en dépit de tout le respect que celles-ci suscitèrent, quelques esprits éclairés de la seconde moitié du XVIIIe siècle, se sont efforcés à abattre cette fatalité entourant la fragile vie des tout-petits. A force de raisonnements, d'expérimentation et de conviction, les érudits ont réussi à prouver que les individus, en particulier les mères, étaient partiellement responsables de la vie de leurs enfants et qu'elles détenaient le destin de chacun d'eux entre leurs mains. Puisque la science médicale et la religion n'ont jamais été des amies intimes, les lettrés se sont évertués à formuler de multiples conseils visant à «conserver» leur progéniture sous des arguments politiques. La guerre dévastant les âmes, le peuple se doit d'en fournir de nouvelles. Pour cela, il faut remonter à la source et sauver les nouveau-nés qui meurent par milliers.

Pour tirer du danger ces innocentes âmes, les penseurs de l'époque n'étaient pas dépourvus d'arguments – parfois burlesques à cause de leur inscience, qui ont fini par altérer progressivement les convictions populaires. Néanmoins, ces efforts éclairés, exprimés surtout dans la seconde moitié du XVIIIe siècle dit «des Lumières», n'eurent qu'une portée tardive de l'autre côté de l'Océan Atlantique. En effet, malgré des liens étroits entre la France et sa colonie, celle-ci s'est au fil des décennies développée un caractère spécifique à son établissement. Si la monarchie absolutiste française duplique sa structure dans sa colonie, elle y est d'une autorité plus souple. La Nouvelle-France dispose de son propre gouvernement, de ses institutions administratives, judiciaires, militaires et religieuses, de ressources naturelles exceptionnelles, de façons de vivre, d'échanges commerciaux et sociaux adaptés à son environnement.

Or, au cours des deux siècles qui nous importent, seuls les écrits des érudits français nous informent sur la place de l'enfant dans une société traditionnelle, les attitudes et les perceptions que les collectivités religieuses, socioéconomiques et scientifiques ont envers eux. La science, tout en accordant le respect aux dogmes ineffables de l'Église

apostolique romaine est exclusivement capable d'en ébranler les fondements, à commencer par les gens instruits. Et c'est là que le bât blesse. En Nouvelle-France, les rares lettrés présents – les médecins du roi Michel Sarrazin et Jean-François Gaultier, le botaniste finno-suédois Pehr Kalm, les explorateurs, les militaires, les Jésuites ou les religieuses – font part de leurs découvertes et diffusent leur savoir et leurs observations dans leur patrie d'origine sans laisser d'imprimés en terre coloniale. Dans ces derniers, où fourmillent les descriptions de la faune, de la flore, des minéraux et de la vie sociale en Nouvelle-France, le nouveau-né, le nourrisson ou tout simplement l'enfant sont, pour ainsi dire, absents de cette littérature canadienne pionnière, quand bien même leur existence fut essentielle pour assurer le bon ordre de la société. Aucune Académie Royale des Sciences ni imprimerie n'est fondée en terre coloniale, point n'est nécessaire d'instruire savamment les habitants pour défricher et cultiver des terres. L'instruction des institutions religieuses suffit. Le savoir scientifique ne se rencontre qu'au sein des membres de l'élite et provient essentiellement de la métropole. Ces esquisses concrétiseront les traits fondamentaux de la culture québécoise en Amérique du Nord. Cette réalité justifie à elle seule la nécessité de retrouver dans la métropole tout ce qui, dans l'ensemble des productions intellectuelles françaises de l'époque, octroierait une meilleure compréhension de la mortalité des enfants en Nouvelle-France.

Même si certains comportements à l'égard des enfants sont parfois les mêmes de part et d'autre de l'Atlantique, dont l'hygiène infantile, le refus de l'allaitement dans certaines couches sociales, la pratique de la mise en nourrice, on assiste en Europe dans le courant du XVIIIe siècle – et plus tardivement dans le Québec ancien – à une médicalisation de la petite enfance s'exprimant entre autres par la création de la spécialité médico-chirurgicale, l'obstétrique, de même qu'au développement de techniques préventives visant à protéger les individus par inoculation contre la variole. Même si les connaissances en maladies infantiles se font peu à peu connaître dans les milieux éclairés, elles ne seront diffusées – au grand dam des enfants – que trop lentement au sein de la masse populaire, qui, de toute façon, ne fait que rarement appel à des praticiens de la santé.

De cette France sans cesse aux prises avec des conflits où la soif de puissance politique et économique doit être assouvie, la découverte de territoires nouveaux sert de prétexte à la démonstration d'un pouvoir étatique qui ne souhaite pas d'égal. Au début du XVIIe siècle, la création de la Nouvelle-France, colonie française en Amérique du Nord, devient un excellent argument pour illustrer la puissance française. Si la colonie ressemble

socialement à la mère-patrie, avec une hiérarchie et des mœurs en accord avec ceux de la métropole, il n'en demeure pas moins que les deux sociétés diffèrent l'une de l'autre de beaucoup par les contextes dans lesquels les deux peuples d'origine commune ont évolué. Et c'est en effet là que réside le point névralgique faisant en sorte que la vie des enfants ne sera pas affectée tout à fait de la même façon dans les deux contrées.

Les différences résultent principalement en ce que la colonie est un vaste territoire neuf et sain, peuplé exclusivement des premières nations, contrairement à la France qui compte déjà en son sein près de 20 millions de résidants au XVIIe siècle. Ce territoire nouveau offre des terres favorables à l'agriculture, propices à la chasse et bénéfiques pour le commerce. Puisque seuls quelques milliers de colons français s'établirent en Amérique du Nord, le contraste entre les paroisses «urbaines» de Québec, Trois-Rivières et de Montréal n'est au départ que très léger avec celles des campagnes sises le long de la vallée laurentienne. De ce fait, les problèmes sociaux liés à l'urbanisme et leurs influences multiples sur la vie des tout-petits ne se posent pas. Rien n'aurait été trop beau pour ces immigrants pleins d'espoirs si ce tableau n'eût été par la suite assombri. A l'amorce du siècle suivant, dépendamment de la densité de la population et de la convoitise du territoire par les ennemis, se succèdent tour à tour guerres, épidémies, disettes voire famines qui ont eu raison des conditions de vie précellentes du siècle antérieur. Selon une progression qui paraît dès lors irrémédiable, les quotients de mortalité infantile augmenteront pendant la première moitié du XVIIIe siècle, jusqu'à atteindre des niveaux rarement égalés dans les populations humaines. La cession de la colonie aux autorités britanniques en 1763 aurait-elle renversé la tendance ?

Bien qu'elle soit au faîte des nouveautés socioculturelles et médicales qui émergent dans la mère-patrie grâce aux correspondances, il semble que, loin des institutions et modes de la capitale française, la Nouvelle-France ait développé ses propres attitudes face à la vie quotidienne, qui en fin de compte, vont la conduire dramatiquement aux mêmes conséquences sur la vie des enfants, à l'instar de sa consœur métropolitaine. Ainsi, en moyenne, un quart des nouveau-nés ne franchissent pas leur premier anniversaire. La relation entre vie et mort eut été si simple si les Trois Parques, divinité-maîtresses du sort des hommes, s'identifiaient seulement au sexe de l'enfant, au lieu de résidence ou au statut social de la famille.

Le destin d'un enfant en bas-âge est malheureusement sujet à de considérables complications qui ne se bornent pas seulement à son sexe ou son environnement. Le destin d'un enfant est tributaire d'une complexe relation physiologique où s'enchevêtrent maintes fois naissances et décès dans cet effort de perpétuation qu'est la reproduction humaine. Dans cet écheveau, participent les conditions climatiques et socio-économiques, les pratiques culturelles inhérentes, l'environnement pathologique, les conditions de vie dans l'enfance maternelle, le statut nutritionnel, l'épuisement, la déplétion maternelle, les caractéristiques démographiques et biologiques de la mère et de ses enfants et bien d'autres éléments qui jouent simultanément ou consécutivement un rôle dans la santé des tout-petits.

Pour accomplir la mission d'étudier la mortalité des enfants d'une société ancienne, il nous faut absolument explorer tous les aspects qui viennent d'être cités. Faute de quoi, le risque qu'un facteur essentiel et déterminant de la mortalité infantile nous échappe subsiste. Sans plus tarder, faisons un bond dans l'histoire sociale, culturelle, politique et médicale de la France d'Ancien Régime et de la Nouvelle-France. Parcourons les écrits du passé, ils ont tant à nous révéler.

1. ÊTRE UN ENFANT DANS L'EUROPE OCCIDENTALE TRADITIONNELLE ET LA NOUVELLE-FRANCE

Notre entreprise scientifique ne peut débiter sans exposer la manière dont était considéré un enfant il y a plus de trois siècles en Europe et en Nouvelle-France. Les préoccupations sociales et politiques d'antan ne replaçaient pas l'enfant au sein de la société comme aujourd'hui, c'est pourquoi il semble indispensable de reconstituer le contexte dans lequel vivaient les enfants d'autrefois afin que la compréhension du phénomène démographique étudié se réalise au mieux.

1.1. Définition d'un enfant

De nos jours, être un enfant désigne un être humain, sans différence de sexe, dans les premières années de sa vie et avant l'adolescence. Cette définition, à la fois précise et vague, est déjà éloignée de l'étymologie du mot enfant. En effet, cette science rapporte que «enfant» provient du latin, sous la forme *Infans, infantis*, signifiant un être humain «*qui ne parle pas encore, tout petit, tout jeune*»¹. Cette définition a le mérite d'être plus proche

¹ GOELZER, Henri. *Dictionnaire Latin-Français*. Éditions Garnier-Flammarion, 1966, p. 317.

de la définition démographique qui sera utilisée dans le cadre de cette recherche et exposée dans quelques lignes². Au temps de la France d'Ancien Régime et de la Nouvelle-France, une première tentative de caractérisation des enfants a été formulée. Elle se doit d'être mentionnée pour l'excellente raison qu'il s'agit d'un des pères de la démographie qui l'a énoncée.

John Graunt (1620-1674), riche mercier londonien, est l'auteur du premier ouvrage d'analyse démographique et aussi le premier à définir des taux de mortalité en les suivant année après année à partir de bulletins émis dans la capitale anglaise. Dans son essai statistique, l'auteur mentionne que :

«In the matter of Infants I would desire but to know clearly, what the Searchers mean by Infants, as whether Children that cannot speak, as the word Infant seems to signifie [sic], or under two or three years old»³

Même si Graunt s'interroge sur la définition d'un enfant et délimite arbitrairement un comportement ou un âge pour circonscrire l'enfance, il n'en demeure pas moins que cette première définition a pu être la prémisse de celle qui sera plus tard utilisée par les démographes successeurs⁴.

1.2. Notre définition

Depuis l'initiateur londonien, les œuvres démographiques se sont multipliées et ont été approfondies. Pour cette recherche, notre définition de la mortalité infantile est plus précise que celle de Graunt et respecte celle des conventions établies en démographie contemporaine, en considérant les enfants qui sont décédés avant d'atteindre leur premier anniversaire rapportés sur le nombre total de naissances vivantes concernées. La vision adoptée est par conséquent longitudinale.

² A noter que la langue anglaise permet de mieux distinguer au sein de l'enfance, le nourrisson, le nouveau-né (*infant*) et l'enfant (*child*).

³ GRAUNT, John. *Natural and Political Observations Mentioned in a following Index, and made upon Bills of Mortality. By Capt. John Graunt, Fellow of the Royal Society*, London, Third Edition, 1665, p. 25-26.

⁴ Diderot (1713-1784), l'illustre écrivain et philosophe français, n'apporte pas une définition aussi précise d'un enfant dans l'*Encyclopédie* qui a contribué à sa renommée. Un «enfant en bas âge» est défini comme étant «celui qui est au-dessous de l'âge de puberté» «*sçavoir 14 ans pour les mâles & 12 ans pour les filles*». Dans sa définition de l'enfance, Diderot précise cependant qu'il s'agit de la première phase de la vie, jusque vers sept ou huit ans. *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* Tome cinquième, [Discussion-Esquinancie] / par une société de gens de lettres ; mis en ordre & publié par M. Diderot,...& amp; quant à la partie mathématique, par M. D'Alembert,..., 1755, p. 652 et 655-656.

1.3. La place de l'enfant

Au XVII^e et au XVIII^e siècle, l'enfant n'était pas un accomplissement de soi comme aujourd'hui et était encore moins issu d'un calcul réfléchi des parents sur le coût et les bénéfices que sa vie engendre tel que Gary Becker l'a entendu dans sa théorie microéconomique de la famille en 1981⁵. L'existence d'un enfant au sein d'une famille était tributaire d'une moralité largement opposée à celle qui prévaut aujourd'hui. Cette moralité, qui régissait la vie quotidienne des individus, était étroitement encadrée par la religion, où tout écart de conduite était promptement sermonné, voire condamné. En plus d'être un enjeu religieux, l'enfant était, en France et en Nouvelle-France, un enjeu de l'économie familiale, quelle que soit la classe sociale de la famille. Enfin, au XVIII^e siècle et surtout en Europe, les mercantilistes ont développé l'idéologie populationniste au moment où la médicalisation de la petite enfance fit son apparition. La prise de conscience de l'ampleur de la mortalité infantile a alors révélé la valeur politique des tout-petits.

1.3.1. Un devoir religieux : assurer sa descendance

Il y a trois ou quatre siècles, les couples – mariés de préférence - se soumettaient sans objection à l'adage biblique «*Soyez féconds, multipliez-vous, remplissez la terre, et l'assujettissez*»⁶. Le mariage ouvrait la porte à la fondation d'une famille qui s'édifiait totalement en l'absence de contrôle des naissances. De la multitude de recherches en démographie historique publiées, il est clairement apparent que les hauts niveaux de fécondité observés pour de nombreuses régions françaises ou coloniales n'ont été possibles qu'en régime de fécondité naturelle. Toute pratique d'avortement ou tout acte d'infanticide étaient fortement prohibés et incriminables⁷ par le fait que ces actes interrompent la lignée familiale et vont à l'encontre de la volonté de Dieu. La stérilité était par ailleurs perçue comme une malédiction⁸ et par opposition, avoir une famille nombreuse était un signe de bénédiction céleste⁹.

En outre, la fécondité élevée aurait été une forme de réponse à la forte mortalité infanto-juvénile, car seul un individu sur deux espérait se rendre à l'âge adulte. C'est

⁵ BECKER Gary. *A Treatise on the family*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1981, 288 p.

⁶ *Genèse*, Chapitre 1, verset 28.

⁷ Souvenons-nous de la très longue histoire des avorteuses, populairement appelées «faiseuses d'anges» dont l'incrimination débute avant même le Moyen-âge.

⁸ GELIS, Jacques. «La mort du nouveau-né et l'amour des parents : quelques réflexions à propos des pratiques de "répit"». *Annales de Démographie Historique*, 1994, p. 23-24.

⁹ GELIS, Jacques, Mireille LAGUET et Marie-France MOREL. *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Paris, Gallimard-Julliard, 1978, p. 27.

pourquoi la pratique d'attribuer à un enfant le prénom de son aîné décédé participe à la perpétuation de la famille en faisant «revivre l'enfant décédé» et en permettant aux parents de respecter les obligations du parrainage¹⁰.

1.3.2. Les enfants : éléments essentiels de l'économie familiale

Outre l'assurance de continuité familiale, les enfants avaient des valeurs utilitaires et économiques dans les sociétés traditionnelles. Dans l'élite sociale, c'est par l'aîné des enfants que le patrimoine et les biens familiaux étaient transmis. Au sein du peuple, les familles tenaient à assurer que leurs efforts sur les terres agricoles ne soient pas vains et que la relève soit assurée par leurs enfants. Aussi :

«Avoir une nombreuse progéniture assure une main d'œuvre à la ferme ou dans l'entreprise familiale et permet d'espérer que quelques enfants survivront à leurs parents et les aideront pendant leurs vieux jours.»¹¹

André Lachance, historien de la Nouvelle-France, rappelle dans un de ses ouvrages que les enfants sont dépendants économiquement de leurs parents et que cette dépendance peut se prolonger jusqu'au mariage¹². A cette assertion, nous pourrions rajouter que les parents appréciaient certainement l'aide de leurs enfants sur les terres, surtout avec l'âge ou le décès de l'un des conjoints. En effet, des tâches étaient assignées selon le sexe de l'enfant et la fonction sociale des hommes et des femmes¹³. Ces propos étayaient l'utilité des enfants dans les familles. De même, dans les milieux

¹⁰ En France, comme en Nouvelle-France, cette règle d'attribution des prénoms était dictée par la religion : les prénoms ont une signification religieuse (saint, apôtre...). Ils sont aussi ceux des parrain et marraine de l'enfant qui, en cas de décès de ses parents, était moralement pris en charge par les responsables spirituels constitués par le parrainage. Enfin, la répétition des prénoms assure la pérennité de celui-ci au sein des générations. RIBORDY, Geneviève. *Les prénoms de nos ancêtres*. Les éditions du Septentrion, 1995, p. 106-124. GELIS (1994), *op. cit.*, p. 24.

¹¹ Collectif Clio. *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*. Montréal, Le jour éditeur, 1992, p. 86.

¹² LACHANCE André. *Vivre, aimer et mourir en Nouvelle-France. La vie quotidienne aux XVIIe et XVIIIe siècles*. Libres Expressions, 2000, p. 66. L'âge auquel les enfants commençaient à rendre service à leurs parents est estimé à 7 ans par les théologiens, soit l'âge de raison. FLANDRIN, Jean-Louis. «L'attitude à l'égard du petit enfant et les conduites sexuelles dans la civilisation occidentale : structures anciennes et évolution», *Annales de démographie historique*, 1973, p. 173.

¹³ Dans *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, les auteurs précisent que : «*Les petites filles doivent aider leur mère et apprendre à accomplir les travaux «des femmes». Tout comme les jeunes garçons, elles peuvent faire les travaux légers, comme cueillir des baies ou surveiller les troupeaux. Mais, très tôt, on leur réserve les tâches de la maison et de la basse cour.*» (p. 86). André Lachance précise que les petites filles aidaient leurs mères dans les travaux de cuisine, de couture et de ménage, et s'occupaient des soins de leurs cadets. Les petits garçons sont soumis à un dur apprentissage des charges domestiques sous la supervision et l'autorité exclusive des hommes de la famille : «*Au jeune garçon revient très tôt la responsabilité du curage du bétail, du fumier, de la conduite et la garde des animaux, comme aussi de veiller à chasser les oiseaux qui viennent ravager les champs en culture.*» LACHANCE (2000), *op. cit.*, p. 60-61.

urbains, tout enfant ayant survécu au moins jusqu'à son dixième anniversaire était un gage de la continuité du travail artisanal. Cet enfant pouvait être initié en tant qu'apprenti à un métier auprès d'un maître qui, en retour, lui fournissait le logement, la nourriture, quelques habits et outils nécessaires à son apprentissage. Ainsi, l'apprenti est une bouche de moins à nourrir. Mais au-delà des communautés sociales, l'État s'est aussi ingéré de la santé de la population infantile pour des raisons politiques.

1.3.3. Enjeux politiques

La fécondité est le moteur de croissance naturelle d'une population. Il n'est donc pas étonnant qu'au début de la colonisation française, l'objectif premier fut d'envoyer hommes et femmes s'établir au Nouveau-Monde dans le but de rivaliser territorialement et économiquement – par la route des Indes et les comptoirs de traites des fourrures, entre autres avec le royaume d'Angleterre. Les durs hivers, les terres à défricher, les Amérindiens hostiles et les guerres entre les métropoles ont quelque peu freiné voire mis en échec les premières tentatives de développement de la colonie¹⁴. Même si l'idéologie populationniste ne fait pas encore partie des préoccupations majeures de l'État, elle n'en est pas moins inscrite en filigrane dans les obsessions mercantilistes qui le caractérisent déjà.

En effet, entre 1663 et 1673, plus de 800 jeunes filles – les filles du Roy, quittent la France afin de trouver mari et combler par la même occasion le manque de filles à marier dans la colonie. C'est en palliant au rapport de masculinité élevé chez les célibataires que l'essor de la colonie par la croissance naturelle va débiter¹⁵. La procréation, fruit d'enjeux politiques et économiques, sera plus tardivement l'origine de l'aggravation de certains problèmes démographiques, qui étaient par ailleurs déjà existants en métropole, à savoir l'accroissement de la densité de population, le développement de zones urbaines et une mortalité infantile importante.

A ce propos, durant la deuxième moitié du XVIII^e siècle, en France, émerge le concept de *conservation des petits-enfants*, qui, comme le désigne les termes, est la préoccupation naissante des érudits (médecins, philosophes, administrateurs...) et de l'État en ce qui a trait à la santé des tout-petits. L'intérêt des membres de la haute société

¹⁴ LACOURSIÈRE, Jacques, Jean PROVENCHER, Denis VAUGEOIS. *Canada-Québec. 1534-2000*. Septentrion, 2001, p. 33-66.

¹⁵ LACOURSIÈRE et al. (2000), *op. cit.*, p. 67-79

pour la survie des enfants atteint son apogée durant le *Siècle des Lumières* qui craignent le dépeuplement par les grandes pertes de vies humaines en bas âge. L'attention des savants se porte alors sur l'allaitement maternel et la surmortalité des enfants placés chez des mères nourricières, pratique qui, dans la France de l'Ancien Régime, était coutumière en milieu urbain au sein de l'élite sociale mais aussi dans la masse populaire¹⁶.

Une prolifération de mémoires et d'essais ont été écrits et lentement diffusés¹⁷ afin d'inciter les «mères à nourrir leurs enfants», comme on disait alors, en révélant les bienfaits de l'allaitement maternel et en évoquant la mise en nourrice comme un facteur de dépopulation¹⁸ – critiquée par Éléonore-Marie Desbois de Rochefort en 1786¹⁹. Jean-Jacques Rousseau, célèbre philosophe français et auteur d'*Émile, ou de l'éducation* (1762) expose une diatribe sur l'allaitement:

«Mais que les femmes daignent nourrir leurs enfants, les mœurs vont se réformer d'elles-mêmes, les sentiments de la nature se réveiller dans tous les cœurs; l'état va se repeupler»²⁰

Jean-Charles Desessartz, docteur régent de la Faculté de Paris, affirmait deux ans plus tôt, dans son *Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas-âge* (1760) ayant d'ailleurs servi à Rousseau pour l'*Émile* que :

«Ce n'est point le nombre des enfants nés chaque année qui intéresse un état, c'est le nombre de ceux qui vivent. Que lui importe en effet qu'il naisse tous les ans vingt mille enfans, s'il ne lui en reste que deux mille qui soient en état de lui rendre service par la suite? Ne voudroit-il pas mieux qu'il n'y en eût par an que dix mille enfans nouveaux-nés, et que, de ces dix mille, il en vécut huit mille? Or, c'est ce que arriveroit certainement, si les mères vouloient se donner la peine de nourrir leurs enfans».

¹⁶ Nous verrons plus loin que la pratique de mise en nourrice était moins généralisée en Nouvelle-France.

¹⁷ Il faut garder en mémoire que dans la France d'ancien Régime du XVIII^e siècle seulement trois des 25 millions d'habitants parlaient ou comprenaient le français, langue dans laquelle étaient écrits mémoires et essais. Diderot et d'Alembert, dans leur *Encyclopédie*, définissent le patois comme étant un : «Langage corrompu tel qu'il se parle presque dans toutes les provinces: chacune a son patois; ainsi nous avons le patois bourguignon, le patois normand, le patois champenois, le patois gascon, le patois provençal, etc. On ne parle la langue que dans la capitale.». DIDEROT, Denis. *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*. Tome douzième, [Parlement-Polytrich] / par une société de gens de lettres; mis en ordre & amp; publié par M. Diderot,...& amp; quant à la partie mathématique, par M. D'Alembert,..., 1765, p. 174.

¹⁸ DESESSARTZ, Jean-Charles. *Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas-âge ou Réflexions-pratiques sur les moyens de procurer une meilleure constitution aux Citoyens*. Paris : Jean-Thomas T. Hérisant, 1760, p. 168-169. Les défenseurs de l'allaitement maternel se sont parallèlement confrontés aux opposants qui critiquaient l'allaitement maternel. C'est probablement la raison pour laquelle les changements en termes de pratiques d'allaitement ont été lents et localisés.

¹⁹ HECHT Jacqueline. «Le Siècle des Lumières et la conservation des petits enfants». *Population* (French Edition), 47^e Année, No. 6, Hommage à Alfred Sauvy, Novembre-Décembre 1992, p. 1592-1593.

²⁰ ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Émile ou De L'éducation* (Tome 1). Lipsic, Gérard Fleischer Le Cadet, 1817, p.30.

Ces deux exemples, parmi tant d'autres, nous renseignent sur les motifs réels et profonds de la *conservation des petits-enfants*, soit repeupler l'État et lui fournir davantage de futurs agriculteurs, de contribuables mais surtout de soldats pour défendre la nation²¹. Suite à ces affirmations, une question nous vient à l'esprit. Est-ce que ce mouvement populationniste présent en métropole s'est exporté dans sa colonie, étant donné que le territoire possédé par la France en Amérique du Nord est immense, que seuls quelques milliers d'habitants l'occupent et que les menaces de conflits avec les Amérindiens et les Anglais sont omniprésents?

1.3.4. Une situation quelque peu différente dans la colonie française

Sans encore entrer dans les détails en ce qui concerne les pratiques d'allaitement ou la médecine en Nouvelle-France, il semble que l'idéologie populationniste, à moins d'un démenti, n'ait pas du tout été présente dans la colonie, en tout cas en ce qui a trait au concept de *conservation des petits-enfants*. Pourtant, toutes les conditions requises à sa diffusion étaient manifestes, à savoir, des terres à cultiver, un territoire à peupler et particulièrement à défendre contre les menaces amérindiennes ou anglaises, combiné au fait qu'au XVIIIe siècle, la colonie ne renforçait ses effectifs que par sa croissance naturelle, c'est-à-dire, par l'excédent des naissances sur les décès. Le gouvernement colonial aurait eu donc tout avantage à exprimer son intérêt pour la survie des nouveau-nés, peut-être avant même la France, qui était numériquement, moins dépourvue de résidents.

Les raisons qui peuvent être avancées sur ce sujet sont que le concept de *conservation des petits-enfants* est apparu vers 1750 et développé dans la décennie suivante²². Or, à la même époque, dans la colonie, débutaient des années de troubles économiques et de guerre politique avec les Anglais, qui prirent possession du territoire en 1760 (Capitulation de Québec). Il n'est donc pas étonnant que les préoccupations du gouvernement colonial n'aient pas été tournées vers les enfants en bas âge qui ne

²¹ MOREL, Marie-France. «Théories et pratiques de l'allaitement en France au XVIIIe siècle», *Annales de démographie historique*, 1976, p. 403. Il semblerait que suite aux nombreuses exhortations sur l'allaitement, une sorte de «mode de l'allaitement maternel» se soit développée après la parution de *l'Émile* de Jean-Jacques Rousseau en 1762 qui a, en quelque sorte, diffusé à un plus large public les idées de Desessartz. Ce retour à l'allaitement aurait été appliqué avec ferveur par les bourgeoises et les nobles, comme en témoigne Morel, au moins jusqu'aux années 1780 (p. 406-408).

²² Au XVIIe et au début du XVIIIe siècle, d'après les études démographiques récentes qui seront citées plus loin, la mortalité infantile est moins importante dans la colonie qu'en métropole. Les autorités n'avaient alors pas de raison de s'inquiéter.

pouvaient aucunement rendre service à la colonie à cet instant. La cession de celle-ci au gouvernement britannique a sans doute aussi été un obstacle à toute diffusion de pensées scientifiques ou philosophiques provenant de la France, les idées britanniques ayant certainement été privilégiées²³.

Cependant, quelques interrogations viennent en tête : comment étaient perçus les enfants avant que les arguments politiques de la fin du XVIIIe siècle soient émis en faveur de la survie des nourrissons? Outre leurs valeurs religieuses et économiques, quelle était la perception des familles envers l'enfance et leurs réactions face au décès d'enfants en bas âge? Est-ce que le dévoilement des sentiments filiaux a eu un impact sur les chances de survie des tout-petits en ce qui a trait aux soins parentaux? Quels ont été les impacts de la médicalisation naissante de la petite enfance sur les niveaux de mortalité infantile? Est-ce que les réponses à ces questions sont les mêmes pour la France et sa colonie en Amérique du Nord? La section suivante soulève le voile sur les réponses possibles à ces questionnements.

1.4. Le décès d'un enfant : perceptions et pratiques

Dans les sociétés traditionnelles et à l'origine en Europe occidentale, il semble que l'enfant, en tant qu'adulte en devenir et l'enfance, en tant que phase de la vie, n'ait été sans doute considéré dans toute son importance que par la prise de conscience des conséquences du décès des enfants en bas âge sur la croissance des populations. Cette prise de conscience ne s'est pas réalisée seulement dans les hautes sphères de la société. Elle a été aussi effective progressivement au sein des familles du peuple. La considération même de l'enfant comme étant un être à part entière, avec une identité et une personnalité propres s'est installée très lentement dans les esprits²⁴. Les discours

²³ Il faut savoir qu'avant même la cession de la Nouvelle-France, la diffusion du savoir culturel et scientifique ne se réalisait que parmi ceux qui avaient une certaine position sociale, sachant lire et écrire – ceux-ci ne constituaient qu'une fraction de la population – et qui pouvaient importer des ouvrages publiés en France. La ville de Québec s'est dotée d'une imprimerie seulement en 1764, grâce à William Brown et Thomas Gilmore qui imprime la *Gazette de Québec*. Il faut attendre 1776 avant de voir apparaître le premier libraire et imprimeur à Montréal, F. Mesplet & C. Berger. Renald Lessard affirme par ailleurs qu'après la Conquête «*la Gazette de Québec annonce à l'occasion des livres mis en vente mais ce sont généralement, voire presque exclusivement, des volumes en langue anglaise. Et si l'on se fie aux indications données par les inventaires après décès, les ouvrages écrits dans la langue de Shakespeare ne semblent pas être populaires auprès des francophones.*» LE JEUNE, Louis. *Dictionnaire général de biographie, histoire, littérature, agriculture, commerce, industrie et des arts, sciences, mœurs, coutumes, institutions politiques et religieuses du Canada*. Tome 1, Ottawa : Université d'Ottawa, 1931, p. 798. LESSARD, Renald. *Se soigner au Canada aux XVIIe et XVIIIe siècles*, Musée canadien des civilisations, 1989, p. 141.

²⁴ D'après Jacqueline Hecht, cette conception de l'enfant est apparue vers le XVIe siècle. HECHT Jacqueline. «L'évaluation de la mortalité aux jeunes âges dans la littérature économique et démographique de l'Ancien

français sur l'allaitement maternel, par exemple, ne furent pas juste d'ordre économique ou politique comme nous venons de le voir. Des arguments médicaux et moraux ont aussi été émis et sont probablement la source de l'évolution de la perception des enfants au niveau familial, surtout au XVIIIe siècle, où les raisonnements furent plus profonds et vraisemblablement plus entendus, si l'on en juge par les progrès réels des soins des enfants durant le siècle suivant.

1.4.1. De la résignation...

Afin de bien comprendre l'ampleur du phénomène de la mortalité infantile, il faut se replacer dans le contexte des XVIIe et XVIIIe siècles et faire abstraction de tout préjugé que les sociétés actuelles pourraient susciter en notre for intérieur. En France, comme en Nouvelle-France, les dictats de la religion catholique régissaient la vie des individus au quotidien, qu'il s'agisse des journées de travail ou fériées, des jeûnes, des péchés capitaux, de la moralité. Le Tout-puissant est omniprésent et chaque action, événement, naissance, maladie, décès, récolte est un fait de Dieu sur terre en signe de gratification ou de punition des péchés commis par les hommes. La mort d'un enfant est aussi une punition de Dieu sur les parents²⁵ : *«Les femmes ne se sentent pas responsables de la vie de leur enfant. C'est Dieu qui est responsable, c'est Lui qui décide»* remarque Antoinette Fauve-Chamoux²⁶. Cela implique la forte croyance et le fort recours à la pratique de prières par la population. Le moindre écart de conduite, qu'il soit moral ou physique, est considéré comme péché mortel pour le salut de l'âme. Il subsiste continuellement dans les esprits que l'individu sera jugé devant le tribunal de Dieu après avoir trépassé.

Jacqueline Hecht résume parfaitement l'idée de la résignation des parents face au décès de leur progéniture :

«Mais, pour longtemps encore, la disparition d'un enfant sera accueillie avec résignation, avec le fatalisme que l'on réserve aux événements inéluctables. A une époque où la mort enlève un nouveau-né sur quatre avant l'âge de un an, et où les trois Parques surmortelles, la guerre, la famine et la peste, étaient considérées comme des châtiments collectifs envoyés par Dieu, comment s'insurger contre un ordre des choses dû aux péchés des hommes?»²⁷

Régime», dans La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire. P.-M. Boulanger et Dominique Tabutin directeurs, Liège, 1980, p. 32.

²⁵ LACHANCE (2000), *op. cit.*, p. 207 et suivantes.

²⁶ FAUVE-CHAMOIX, Antoinette. «La femme devant l'allaitement». Annales de démographie historique, 1983, p. 13.

²⁷ HECHT (1980), *op. cit.*, p. 32.

Dans cet esprit, comment imputer la mort, une punition conséquente d'un péché commis par un nouveau-né qui a à peine vu le jour ou presque? Comment peut-on concevoir que l'âme innocente d'un nourrisson puisse être jugée devant ce même tribunal de Dieu? La réponse envisageable et acceptable est que le décès de l'enfant est rejeté sur les parents, seuls véritables fautifs d'avoir commis un péché dont le châtement doit être mortel pour leur rejeton. Hecht corrobore ces assertions en mentionnant que prédominaient à l'époque :

«...des mentalités profondément différentes des nôtres, qui invoquent la très grande foi religieuse et la croyance selon laquelle les petits enfants morts en bas âge, n'ayant pas eu le temps de connaître le péché ni le mal, accédaient directement au paradis, où ils prieraient pour leurs parents»²⁸

La mort d'un enfant octroie d'une certaine manière une consolation qui permet à l'âme du jeune défunt d'intercéder auprès de Dieu pour ses parents. Il est fort probable que cette idée fut très valable en Nouvelle-France, jusqu'à quel point, rien ne permet, à ce stade de cette recherche, de le juger. Dans le contexte religieux dans lequel les Français et les Canadiens-Français vivaient, on ne peut imaginer que les décès d'enfants en bas âge aient été seulement récusés par les parents.

1.4.2. ...mais pas encore à l'inacceptable

L'amour des parents envers leurs enfants n'a vraisemblablement jamais été absent de l'histoire sociale. Il était probablement étouffé ou bien inexprimé par les significations religieuses de la vie et de la mort²⁹. Fauve-Chamoux mentionne l'indépendance entre la mère et son enfant, comme si l'une n'avait jamais engendré l'autre, en faisant implicitement référence à la mise en nourrice :

«L'enfant est un individu à part entière, c'est une âme (dès qu'il est baptisé) et il a droit à une vie coupée de celle de sa mère, pour son malheur, il faut bien le dire. Cette attitude me paraît directement liée à un individualisme dont l'Église est au départ responsable : mère et enfant ne

²⁸ HECHT (1980), *op. cit.*, p. 32 et 33.

²⁹ Élisabeth Badinter, illustre femme de lettre, mentionne dans son ouvrage *L'amour en plus*, que l'amour conjugal était doté d'une double connotation négative. «*Ils [nos ancêtres] associaient davantage l'amour à l'idée de passivité (perte de la raison), d'amollissement et d'éphémérité qu'à celle, plus actuelle, de compréhension de l'autre*». Comment, dans une telle vision, faire cas à part de l'amour maternel qui en somme, gâte l'enfant de tendresse et fait fi de l'autorité paternelle qui s'évertue à élever l'enfant dans la sévérité et la discipline? Denise Lemieux, dans son ouvrage portant sur l'enfance en Nouvelle-France, relève que l'autorité parentale était présente dans la colonie au même titre qu'en France et qu'elle s'exprimait par l'éducation des enfants sous la crainte de Dieu. L'auteure n'exclut pas l'amour maternel mais démontre qu'il était discret. BADINTER, Élisabeth. *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVIIe-XXe siècle)*. Flammarion, 1980, p. 34-40. LEMIEUX, Denise. *Les petits innocents. L'enfance en Nouvelle-France*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, p. 133-154.

forment pas un tout mais deux personnes devant Dieu et les hommes, devant Dieu surtout à l'époque qui nous intéresse. La mort d'un enfant fait un bienheureux au ciel et un malheureux de moins sur terre»³⁰

Philippe Ariès, historien spécialiste de l'enfance et la vie familiale de l'Ancien Régime, a exposé une théorie de l'enfance critiquée, mais saluée par plusieurs, selon laquelle l'amour des parents se serait manifesté avec le contrôle des naissances et la baisse de la fécondité³¹. Mentionnons à ce propos que le contrôle des naissances est apparu en France dès la fin du XVIIIe siècle alors que dans le Québec francophone, il aurait débuté seulement un siècle plus tard³². Par déduction, nous oserions dire avec circonspection que l'amour des parents, à ne pas confondre avec l'affection, tel que mentionné par Ariès, ne se serait vraiment exprimé dans le Québec ancien qu'au XIXe siècle³³.

Or, il semble que l'amour des parents constitue à la fois une forme de garantie préventive à la survie de leurs enfants extériorisée sous forme d'attention, de soins plus profonds et à la fois un argument suffisamment important rendant le décès de leurs descendants difficile à accepter. D'après Élisabeth Badinter, pour résumer la situation commune aux deux territoires, les enfants mourraient en grand nombre parce que les mères se désintéressaient d'eux, et parce que les enfants mourraient en grand nombre, les mères se désintéressaient d'eux³⁴.

Dans le Québec des XVIIe et XVIIIe siècles, il y a donc fort à parier que la mort d'enfants en bas âge ait été encore relativement acceptée comme une intervention et une décision divines, d'autant plus que le discours nataliste de l'Église Catholique était persistant³⁵ et que la cession de la Nouvelle-France au gouvernement britannique en 1763

³⁰ FAUVE-CHAMOUX (1983), *op. cit.*, p. 13. Il ne faut pas déduire de ces propos qu'une mère était totalement indifférente du destin de son enfant. Elle devait probablement adopter un certain détachement pour éviter de souffrir en cas de décès inévitable.

³¹ ARIES, Philippe. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Edition du seuil, 1973. 316 p.

³² GAUVREAU, Danielle, Diane GERVAIS et Peter GOSSAGE. *La fécondité des Québécoises 1870-1970. D'une exception à l'autre*. Les Éditions du Boréal, 2007, p. 31.

³³ Dans son ouvrage sur les échanges épistolaires au sein de l'élite canadienne, Lorraine Gadoury a trouvé des traces de l'amour parental au sein de l'élite canadienne surtout vers la fin du XVIIIe siècle. Il est probable que ce sentiment, qui se retrouvait dans l'aristocratie française à la même époque après la parution de *l'Émile* de Rousseau, se soit transplanté également dans la colonie. Ce sentiment aurait pris sa source par la réduction du nombre de naissances et la mortalité infantile élevée propres à ces familles aux descendance amoindries. L'auteure constate, toujours à l'aide de correspondances, que dans les familles bourgeoises, l'amour parental serait passé au second plan, la priorité des parents se situant davantage dans l'établissement des enfants (éducation, métier). GADOURY, Lorraine. *La famille dans son intimité. Échanges épistolaires au sein de l'élite canadienne au XVIIIe siècle*. Cahiers du Québec (Collection Histoire), 1998, p. 104-108.

³⁴ BADINTER (1980), *op. cit.*, p. 75-79.

³⁵ Le discours nataliste de l'Église Catholique reste de rigueur au moins jusqu'au début du XXe siècle et les familles nombreuses sont même glorifiées. GAUVREAU et al. (2007), *op.cit.*, p. 49-55.

fut une raison de plus pour conserver un régime de fécondité élevé (mythe de la survivance), inhibiteur d'amour parental selon la théorie de Philippe Ariès. Suite à ces constatations, il faut donc s'attendre à ce que pour le Québec ancien, les niveaux de mortalité infantile soient cette fois une réponse à la fécondité élevée prévalant à l'époque et tributaires de l'absence de tout geste curatif parental, alors qu'en métropole, des progrès significatifs favorisant la survie des tout-petits étaient déjà visibles.

1.4.3. Les rites funéraires du «sanctuaire à répit» : une pratique non-importée en Nouvelle-France

Dans le contexte où la religion est fortement ancrée dans la vie quotidienne des individus, il n'est pas étonnant que, malgré la résignation des parents face au décès de leurs enfants, se soient exprimés des gestes très significatifs quant à l'assurance que l'âme des tout-petits atteigne les Cieux. En effet, dans les deux contrées, l'Église catholique exhortait les parents à baptiser le plus tôt possible les nouveau-nés afin de veiller à leur entrée dans la béatitude éternelle et de respecter les Saintes Écritures :

«Si quelqu'un ne renaît de l'eau et de l'Esprit Saint, il ne peut entrer dans le royaume de Dieu» (Nouveau Testament, Évangile selon Saint-Jean, 3-5)

La connaissance de la fragilité des nouveau-nés par expérience vécue depuis des siècles et la vie dans la crainte de Dieu ont probablement été de bons arguments à ce que les parents baptisassent leurs enfants au plus vite quand ces derniers ne présentaient aucun signe de mort imminente. Cependant, il n'en a malheureusement pas toujours été ainsi, si bien que la religion catholique a rendu possible la réalisation du baptême en situation d'urgence. L'ondoïement, substitut et rite simplifié du sacrement du baptême en cas de danger de mort³⁶, était permis sans exagération afin d'éviter que l'âme de l'enfant décédé n'errât dans les Limbes³⁷.

Cependant, nos recherches sur le sujet nous ont appris que la crainte des parents de voir leur progéniture sans avoir encore eu le saint sacrement baptismal au moment du décès les conduisait à accomplir certains rites funéraires dont l'objectif était de «ressusciter» le défunt non baptisé, le temps de proférer promptement les paroles

³⁶ L'ondoïement consistait à verser de l'eau sur la tête de l'enfant que l'on souhaitait baptiser, en prononçant les paroles sacramentelles : *«Je te baptise au nom du Père et du Fils et du Saint-Esprit»*.

³⁷ Nous verrons dans le second chapitre quel était la mise en pratique de l'ondoïement en Nouvelle-France et au début du Régime Anglais par les Canadiens-Français et quel sont les conséquences de l'utilisation de l'ondoïement sur nos données et nos résultats.

sacramentelles. Puisqu'un enfant non baptisé ne peut être inhumé en terre consacrée (refus de l'Église depuis le Concile de Trente en 1545) et que le décès est source de culpabilité pour les parents, ceux-ci tentaient désespérément de ranimer l'âme de leur nouveau-né en portant son corps dans des «sanctuaires à répit» dans lesquels les parents, les membres de la famille, les villageois et un ou plusieurs ministres du culte³⁸ souhaitaient porter secours à l'âme de l'enfant et à la conscience de ses parents à force de prières.

Ces sanctuaires, pour la plupart consacrés à la Vierge dont l'intercession est considérée comme un miracle, se situaient très souvent près d'une fontaine, d'une source naturelle, d'un ruisseau, soit près de lieux symboliques évoquant à la fois l'eau, source de vie et de fécondité et l'eau sacrée du baptême³⁹. Ce rite funéraire pouvait durer jusqu'à ce que l'enfant, souvent entouré de cierges générateurs de chaleur, démontre un infime et si attendu signe de vie (rosissement de la peau, mouvement du corps, respiration, bruit, perles de sueur ou de sang...) qui consent à réaliser le baptême avant qu'il ne rende cette fois son dernier soupir et aille au paradis. Jacques Gelis, historien de la naissance, a recensé plus de deux cents «sanctuaires à répit» en France et en Europe occidentale, fonctionnels du XIIIe au XXe siècle⁴⁰. Nos recherches sur l'existence de ce type de rites funéraires en terre coloniale a été infructueuse. Il semble que cette pratique, tradition de longue date, n'ait pas du tout été importée par les premiers colons français, probablement parce que la faible mortalité infantile effective au tout début du peuplement ne nécessitait pas son introduction.

1.4.4. De la nécessité de baptiser

Une question sur le sujet demeure cependant en suspens et concerne la conséquence de l'application de ces rites sur les registres paroissiaux. Si un enfant mort-né ou décédé avant d'être baptisé était «victime» de la ferveur du peuple à ce qu'il reçoive le sacrement du baptême par substitution à l'aide des «sanctuaires à répit», son décès, accompagné de la mention d'ondolement, était inscrit dans les registres de la paroisse, alors qu'en réalité, il s'agissait pour la plupart d'enfants mort-nés. Même si le nombre de cas n'est que de plusieurs milliers sur quelques siècles en France, il n'en reste pas moins qu'il s'agit

³⁸ La présence d'un ou plusieurs officiants religieux était nécessaire pour valider le sacrement du baptême.

³⁹ GELIS (1980), *op. cit.*, p. 29.

⁴⁰ Ces sanctuaires sont situés en Alsace, Auvergne, Bourgogne, Flandre, Lorraine, Picardie, Provence, Savoie. Certains sont devenus des sites de pèlerinage : Avioth en Lorraine, Moustiers-Sainte-Marie dans les Alpes-de Haute-Provence, sanctuaire du Lac de la Maix dans les Vosges.

d'enfants qui ne sont pas nés vivants mais qui ont été consignés dans les actes comme vivants puis décédés.

Pour l'instant, posons l'hypothèse que, si la pratique de «répit» réalisée pour le salut de l'âme de l'enfant n'a pas été importée, l'ondoiement a cependant parallèlement été utilisé de façon abusive en Nouvelle-France – la présence d'un prêtre n'était requise–, et un certain nombre de mort-nés ont aussi été rapportés comme des naissances vivantes dans les registres. Cette insistance à baptiser les enfants rapidement prend sa source à la fois dans le respect de l'adage biblique mais surtout dans la grande crainte que l'âme de l'enfant ne puisse accéder aux Cieux éternels, s'il ne vient qu'à mourir en cette terre coloniale parfois hostile, où tout accident peut si vite se produire. François de Laval, premier évêque de Québec, s'insurge en 1667 contre le fait que sous cette crainte des âmes errantes dans les Limbes, les paroissiens ne s'appliquent qu'avec trop de ferveur à ondoier leurs enfants :

«Ayant appris au mépris de notre ordonnance du 29 mars 1664 les abus qui se commettent au regard du sacrement de Baptême, pour obvier aux accidents fréquents qui arrivent en ce pays, et à ce que personne ne prétende cause d'ignorance du temps auquel les enfants doivent être baptisés, nous vous mandons de publier au prône, que nous ordonnons à tous les pères et mères de quelque qualité et condition qu'ils soient de faire baptiser leurs enfants aussitôt après leur naissance; nous leur défendons pareillement d'en ondoier ou faire ondoier aucun en la maison, s'il n'est en péril de mort, et en ce cas nous ordonnons que celui qui aura été ondoyé soit sans délai porté à l'église pour y recevoir les saintes cérémonies du Baptême ; Ordonnons tout ce que dessus sous peine d'interdiction encourue ipso facto par les dits pères et mères pour un mois de l'entrée de l'église, et en cas de contumace, d'excommunication, après avoir été avertis de la part des curés, ce que nous enjoignons aux dits curés de faire aussitôt qu'ils en auront connaissance. Voulons en outre que notre présente ordonnance soit enregistrée au livre des baptêmes de chaque paroisse, et que lecture en soit faite au prône de six mois en six mois.»⁴¹

Trois quart de siècle plus tard, Monseigneur Henri-Marie Dubreil de Pontbriand, dans une lettre circulaire datée du 27 avril 1742, réitère les propos de Monseigneur de Laval et se soucie aussi des ondoiements injustifiés :

«On doit s'opposer à la coutume qui s'établit d'ondoyer sans nécessité les enfants. Cette coutume est contre toutes les lois ecclésiastiques et ne

⁴¹ Mgr Henri TÊTU et l'abbé Charles-Olivier GAGNON, *Mandements, Lettres pastorales et Circulaires des Évêques de Québec*. Québec : Imprimerie Générale A. Côté et Cie, 1887, Volume 1, p. 100-101.

peut dispenser les particuliers de péché. Il convient donc de faire entendre au peuple que le prétexte du travail n'est pas une raison suffisante pour les empêcher de porter les enfants à l'église et d'y recevoir la régénération spirituelle avec les cérémonies prescrites.»⁴²

L'urgence du baptême se fait aussi fortement ressentir lorsque la mère meurt en couches. Dans son *Rituel du Diocèse de Québec* (1703), Monseigneur de Saint-Vallier précise que :

«Si la mère vient à mourir avant que d'être délivrée, l'enfant doit être tiré de son corps avec toute la promptitude, et précaution possible, pour le pouvoir baptiser.»⁴³

Cette pratique aurait été en effet pratiquée avant même la consigne de Monseigneur de Saint-Vallier comme en témoigne Denise Lemieux⁴⁴. Nous verrons dans le chapitre suivant que les ondolements abusifs, si l'abus peut-être vérifié, ne sont pas inconséquents sur nos données mais qu'ils sont corrigibles en ce sens où les substituts au baptême outranciers réalisés sur des mort-nés viendront contrebalancer à moindre mesure les vraies naissances vivantes qui n'ont jamais été enregistrées.

1.5. L'enfance et la médecine traditionnelle

Avant même l'apparition du concept scientifique de la *conservation des petits-enfants* tel qu'on le connaît au XVIII^e siècle, quelques tentatives de réformes des us et coutumes reliés aux soins maternels et parentaux ont été réalisées. Le but de ces tentatives était de sauver la vie des enfants non pas par pur intérêt pour la santé de ceux-ci mais plutôt pour s'assurer que leur sauvegarde soit un gain de vies humaines supplémentaires pour l'État. Citons Jacques Gelis qui remet en mémoire que l'enfant n'a pas de nature propre et n'est aucunement indépendant :

«Il y a enfant et enfant : enfant des villes et enfant des champs, enfant de riche et enfant de pauvre; enfants d'aristocrate et de patriote, enfant de roi et enfant de manouvrier. L'enfant en effet ne «s'appartient pas», il est l'enfant de quelqu'un; même abandonné, puisqu'il devient alors «enfant de la patrie.»⁴⁵

⁴² Mgr Henri TÊTU et l'abbé Charles-Olivier GAGNON, *Mandements, Lettres pastorales et Circulaires des Évêques de Québec*. Québec : Imprimerie Générale A. Côté et Cie, 1888, Volume 2, p. 16.

⁴³ SAINT-VALLIER, Monseigneur de. *Rituel du Diocèse de Québec publié par l'ordre de Monseigneur de Saint-Vallier*, évêque de Québec, Paris, 1703, p. 13.

⁴⁴ LEMIEUX (1985), *op. cit.*, p. 83. L'auteure rapporte le cas de Jeanne Dechart, résidente de la paroisse de Batiscan, qui «...après avoir reçu tous les sacrements et après sa mort nous avons fait ouvrir le costé pour avoir l'enfant qu'elle n'avait pu mettre au monde, lequel avons baptisé des mains ayant donné des marques suffisantes de vie, et a été le jour suivant enterré avec sa mère dans le cimetière de cette paroisse» (Registres paroissiaux de la paroisse de Batiscan, Acte de sépulture du 7 août 1686).

⁴⁵ GELIS, Jacques. «L'enfant et la Révolution Française». dans *De France en Nouvelle-France. Société fondatrice et société nouvelle*. Sous la direction de Hubert Watelet, avec la collaboration de Cornelius J.

Il faut se souvenir aussi que derrière toute politique nataliste ou sociale de l'époque, se cachent des arguments religieux et politiques, tel que le mentionne M. Arrault en 1746, Directeur des Enfants-Trouvés à Paris :

«Il s'agit de la conservation de ces Enfants de l'Etat ; ils sont d'autant plus au Public, qu'ils ne sont à personne en particulier : comme Enfants de l'Etat, il faut les conserver, c'est sa force et sa gloire ; l'Humanité le demande, la Religion l'exige, & la Société y trouve son avantage»⁴⁶

Pour conserver ces petits êtres imparfaits et sans personnalité, des raisonnements religieux sous forme de conseils sont d'abord développés et consignés dans des ouvrages (XVI^e et XVII^e siècles). Plus tard, se grefferont des traités non exhaustifs sur l'accouchement, des réglementations différentielles entre la métropole et sa colonie sur l'exercice des médecins, des chirurgiens et des sages-femmes au XVIII^e siècle. Nous sommes cependant encore loin de la médicalisation traditionnelle de la petite enfance qui ne débutera vraiment que vers la fin du XVIII^e siècle en Europe. Les communications ayant été difficiles (quelques mois par an) voir interrompues entre la France et sa colonie durant les deux siècles qui nous intéressent, ceci a-t-il eu des répercussions sur l'échange de savoirs et de connaissances en termes de médecine traditionnelle et de santé sur la vie des petits Canadiens-Français? Doit-on s'attendre à ce qu'un certain retard dans le développement des soins de santé soit visible en terre coloniale? Les paragraphes suivants tentent d'apporter un éclairage sur ces questionnements afin de nous conduire à des hypothèses posées sur une évolution atypique de la mortalité infantile des petits canadiens.

1.5.1. Les signes d'un intérêt pour ces petits êtres : les premiers conseils préventifs aux mères

Les premiers conseils «scientifiques» destinés aux mères ont été proférés dès la fin du XVI^e siècle afin de pallier à l'ignorance des parents. En effet, l'apprentissage de la parentalité se réalisait d'abord par les traditions familiales ou culturelles, par la transmission de conseils de matrones, de sages-femmes ou d'autres parentes sur la façon d'habiller, de nourrir, d'élever et de protéger l'enfant des maux extérieurs puis ensuite par l'expérience propre de la maternité. Il n'y a pas de raison pour que cela ait été différent en

Jaenen, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 1994, p. 30. La mise en avant de l'enfant se réalise en France politiquement mais aussi populairement : «*Allons enfants de la patrie...*» c'est ainsi que commence le premier couplet de l'hymne national Français, *La Marseillaise* (26 avril 1792).

⁴⁶ ARRAULT, M. «*Abrégé Historique de l'établissement de l'Hôpital des Enfants Trouvés*». *Mercure de France*. Dédié au Roi, Juin 1746, Second Volume, p. 53-54.

terre coloniale. Ces traditions, empreintes de fortes croyances populaires et de surnaturel étaient aux antipodes de l'état d'esprit qui a accompagné les premiers réels progrès médicaux de la fin du XVIIIe siècle.

Malgré la grande emprise des mœurs de l'époque sur la vie des individus, des théologiens comme Benedicti au XVIe siècle ont progressivement tenté d'introduire de nouvelles connaissances sur tout ce qui a trait à la maternité et la parentalité afin d'atténuer les conséquences dramatiques que l'application de méthodes traditionnelles relatives à ces deux domaines eurent sur la survie des tout-petits. Ces nouvelles connaissances se sont manifestées sous la forme de conseils – quelques fois de reproches envers les mères, dont le sujet portait sur les accidents mortels des nourrissons à éviter lors de l'accouchement et après la naissance du nouveau-né, sur la façon de nourrir les enfants par la critique de l'allaitement mercenaire⁴⁷ et le sevrage prématuré, et enfin sur le minimum d'hygiène personnelle à entretenir.

Bien qu'en Europe, de nombreuses recherches aient été publiées par des érudits scientifiques ou par des lettrés du monde clérical qui souhaitaient sauver des vies, il n'en reste pas moins que les médecins, les philosophes et théologiens ont été confrontés à la fois à leurs comparses aux discours opposés sur la façon de sauver les enfants, et aux traditions fortement ancrées, presque immuables dans l'esprit des gens. L'ennemi de taille a cependant été l'ignorance de la majeure partie de la population, en ce sens où seul une fraction de la population savait lire et écrire, que l'apprentissage de connaissances scientifiques et littéraires paraissait totalement inutile et inaccessible financièrement pour le petit peuple travaillant la terre de ses mains. Il n'est donc pas étonnant que les découvertes en matière de maternité aient pris plusieurs décennies à être acceptées et appliquées mais aussi transmises à la masse populaire.

Néanmoins, dans le cadre de cette recherche, il semble pertinent de mentionner l'existence des tentatives de «réformes culturelles» dans le passé qui ont été effectives dans la mère-patrie mais très peu dans sa colonie, alors que les mêmes traditions culturelles étaient jusqu'à une certaine mesure visibles. Gardons seulement en mémoire que notre savoir sur l'enfance et la médecine traditionnelle de l'époque est issu des ouvrages de l'élite sociale et qu'il est assujéti à leurs visions et à leurs opinions suscitées par leur position sociale.

⁴⁷ Il s'agit de l'allaitement par une nourrice.

1.5.1.1. Éviter les accidents

Jean-Louis Flandrin, un autre historien français ayant travaillé sur l'histoire de la famille, nous renseigne sur les négligences des parents à l'égard de leurs nouveau-nés. Dans une de ses publications, l'auteur nous apprend que les mères avaient parfois coutume de coucher leur dernier né auprès d'elles afin de lui apporter un peu de chaleur⁴⁸. Benedicti, ce théologien français du XVI^e siècle, reprochait à ces femmes de *pécher mortellement* pour reprendre ses termes, car elles mettaient en danger de suffocation leurs petits êtres fragiles de par leur paresse à «*endurer un peu de froid pour l'allaiter*», «*ne le voulant laisser au berceau de peur qu'en criant il l'empêche de dormir*»⁴⁹. Les Canadiennes ne font pas exception à la règle comme le souligne Monseigneur Henri-Marie Dubreil de Pontbriand en 1742 :

«*On m'ajoute que les mères couchent leurs enfants avec elles, sur le prétexte qu'il ne leur est jamais arrivé d'accident, et qu'il y aurait plus à craindre pour la vie de l'enfant qui courrait risque de mourir de froid.*»⁵⁰

De même, l'Église récriminait fortement les parents qui, pour encore un peu de chaleur, laissaient inconsciemment leurs rejetons trop près du feu. Ces incursions timides en matière de prévention n'ont certainement été que peu entendues si l'on en juge par les multiples cas de décès rapportés dans les actes de sépulture dans la colonie⁵¹.

1.5.1.2. Les impropres prémices de l'hygiène personnelle...

Des précautions face à la pratique d'emballage de l'enfant ont été émises dans le passé. Les enfants, durant leurs premiers mois de vie étaient emmaillotés, l'habit étant constitué de plusieurs épaisseurs dont des langes, la chemise, la camisole et le béguin pour la tête. Cet appareil avait dit-on pour fonction de protéger l'enfant du froid et des animaux domestiques trop curieux, d'amortir les chutes, d'habituer très vite l'enfant à la contrainte et de faciliter son transport. L'ultime objectif était toutefois de «façonner» son petit corps jugé trop recroquevillé, le maillot tenant les membres droits le long du corps⁵².

⁴⁸ GELIS et al. (1978), *op. cit.*, p. 122-124. Les auteurs précisent qu'au XVIII^e siècle, en France, les médecins et les sages-femmes se sont alliés à l'Église qui condamnait cette pratique.

⁴⁹ FLANDRIN (1973), *op. cit.*, p. 175-176.

⁵⁰ TÊTU et GAGNON, *op. cit.*, Volume 2, p. 16.

⁵¹ Il ne faut prendre ses propos qu'avec modération : la proportion d'enfants décédés par accident dû à la négligence des parents n'est pas très grande comparée à celle d'enfants décédés par périls infectieux ou carences nutritionnelles.

⁵² GELIS et al. (1978), *op. cit.*, p. 119-121; LEMIEUX (1985), *op. cit.*, p. 107-112; LACHANCE (2000), *op. cit.*, p. 35-38; BADINTER (1980), *op. cit.*, p. 116-117. MOREL, Marie-France. «Le tout-petit, sa mère et le médecin : la médicalisation de la petite enfance (XVIII^e-XX^e siècles)». *Archives de Pédiatrie* (Société Française de Pédiatrie), 1999, Volume. 6, Supplément 2, p. 444s-447s.

Avec un tel accoutrement, il n'est pas étonnant que les femmes souhaitent peu changer ou laver le maillot leurs petits (une ou deux fois par jour) qui s'avère être une longue entreprise. De plus, celui-ci entretient la malpropreté des enfants, ce qui au dépit de quelques médecins au progressisme modéré, ne semble pas chagriner les mères dont les convictions s'accordent à l'idée que sueur, saleté et souillure forment une couche protectrice sur la fontanelle de l'enfant contre les attaques extérieures. Nous passerons ici les détails relatés par Jacques Gelis et Denise Lemieux en ce qui a trait aux vertus curatives de ce «vernis protecteur». Avec nos connaissances actuelles, pourrait-on être surpris que les vraies propriétés de cette enveloppe vestimentaire soient anti-thérapeutiques? Pour toute réponse négative, le maillot a certainement été un facteur pathogène fragilisant d'autant plus les tout-petits déjà frêles.

Gelis, Laguet et Morel affirment cependant que les médecins, dès 1740, se sont évertués à changer les mentalités en critiquant l'usage du maillot et proposant aux mères de laver leurs petits dans des bains tièdes ou froids⁵³. Les scientifiques se sont confrontés encore une fois aux opinions populaires : laver l'enfant, c'était lui blesser la peau. Il faut attendre les années 1760 avec Jean-Jacques Rousseau et *l'Emile*, qui revendique le port d'un maillot léger et ample n'entravant pas les mouvements de l'enfant et l'usage de bains :

«Lavez souvent les enfants ; leur malpropreté en montre le besoin. Quand on ne fait que les essuyer, on les déchire.»⁵⁴

Les recherches ont démontré que les discours de Rousseau sur l'enfance se sont avérés être en quelque sorte le porte-parole de ceux de tous les autres hommes de lettres qui avaient en vain tentés de se faire entendre en ce qui concerne la façon d'élever et de prendre soin des tout-petits⁵⁵. D'ailleurs, suite à la publication de *l'Émile*, dont les propos

⁵³ GELIS et al. (1978), *op. cit.*, p. 117.; MOREL, Marie-France. «Les soins prodigués aux enfants : influence des innovations médicales et des institutions médicalisées (1750-1914). Médecine et déclin de la mortalité infantile». *Annales de démographie historique*, 1989, p. 157-163.

⁵⁴ ROUSSEAU (1817), *op. cit.*, p. 62.

⁵⁵ Angélique-Marguerite Le Boursier Du Coudray, illustre sage-femme du siècle des lumières, conseille les sages-femmes ignares sur la meilleure façon de laver et emmailloter l'enfant : «On doit, de toute nécessité, laver la tête de l'enfant avec du vin chaud, & un peu de beurre frais, pour ôter l'ordure qui s'y rencontre assez souvent, & ne point le présenter pour recevoir le Baptême dans un état dégoutant. Si la maison étoit dénuée de tout, on le laverait seulement avec de l'eau chaude. [...] L'on nettoiera aussi le reste du corps de la crasse qui le couvre, avec du vin chaud & du beurre au moyen d'une petite éponge fine ou d'un linge. Puis : «La manière de mettre l'enfant dans ses langes, est meilleure dans ce pays qu'ailleurs; la bande qu'on ne doit point trop serrer, finit aux genoux, les jambes & les pieds sont toujours à l'aise dans les bouts des langes, qui ne sont arrêtés qu'avec une épingle. Cette méthode est si bonne, qu'il est rare de voir ici des enfans qui soient bancroches». LE BOURSIER DU COUDRAY, Angélique-Marguerite. *Abrégé de l'art des accouchemens. Dans lequel on donne les préceptes nécessaires pour le mettre heureusement en*

ont été entendus et appliqués par les familles, on parle de nos jours d'enfants «élevés à la Jean-Jacques». Il faut cependant s'attendre à ce que les modifications de comportement envers les soins des tout-petits aient été longues à se réaliser, de l'aristocratie au peuple, et qu'elles furent peut être inexistantes dans la colonie française, qui souvenons-nous, cède son territoire au gouvernement britannique en même temps que la parution de *l'Émile*. Peut-on alors supposer que les Canadiennes-Françaises aient continué à prendre soin de leurs rejetons sous la tradition du maillot et des bains rares? Est-ce là un facteur aux circonstances aggravantes sur la vie des petits enfants? Le contact avec la culture britannique a-t-il influencé les coutumes canadiennes-françaises? Si les coutumes relatives aux soins vestimentaires et hygiéniques des enfants furent différentes entre la métropole et sa colonie, est-ce que les façons de nourrir les enfants furent elles-aussi différentes?

1.5.1.3. La société, le mari, la nourrice et l'enfant...un long combat pour l'allaitement maternel

D'autres exhortations ont été proférées en faveur des enfants. L'allaitement est un débat de longue date mené par les médecins et moralistes depuis le XVI^e siècle et qui touche à la fois les aspects culturels, sociaux, économiques, médicaux et spirituels. Bien sûr, les discours opposés à l'allaitement maternel exerçaient leurs pressions face aux propos scientifiques. Parallèlement aux découvertes démontrant les vertus immunitaires et nutritives de l'allaitement dans les milieux éclairés, s'accroît la pratique de la mise en nourrice, surtout au XVIII^e siècle, en métropole et en terre coloniale. Pourquoi, malgré les critiques des théologiens, des scientifiques et des hommes de lettres, cette pratique paradoxale perdure? Les croyances populaires prenaient-elles le pas sur les sciences? Les responsabilités sociales étaient-elles plus importantes que les devoirs maternels? La pratique de la mise en nourrice était-elle un phénomène de même ampleur en France que dans sa colonie? Après la cession du territoire français en Amérique du Nord, comment se sont comportées les femmes envers leur enfant en termes d'allaitement? Les sections suivantes tenteront de jeter un éclairage sur ces interrogations dont la pertinence n'est pas à prouver étant donné que l'allaitement est un facteur incontournable de la survie des enfants en bas âge.

pratique. On y a joint plusieurs Observations intéressantes sur des cas singuliers. Ouvrage très-utile aux jeunes Sages-femmes, & généralement à tous les Elèves en cet Art, qui désirent de s'y rendre habile. Abbeville, Pintia, 1759, p. 87-89.

1.5.1.3.1. Les croyances populaires...et médicales

En France, ne pas allaiter ses enfants était de coutume dans les villes et à peu près dans toutes les classes sociales aux XVIIe et XVIIIe siècles. Les mentalités de l'époque véhiculaient l'idée que les mauvaises humeurs et les vices des mères se transmettaient par le lait maternel⁵⁶. Point besoin d'enfants qui seraient susceptibles d'être de mauvais adultes ou de mauvais soldats, dirait l'État. D'autres arguments sont rapportés par Antoinette Fauve-Chamoux. «*L'ignorance se transmet mieux que le savoir*» affirme-t-elle avec raison. Outre la transmission des humeurs et des vices, l'ignorance des femmes joue un rôle important dans le refus d'allaiter leurs petits. Certaines sont d'ailleurs si bien convaincues qu'allaiter leur est impossible ou bien que leur lait est corrompu. L'auteure précise par ailleurs que le mythe du mauvais lait n'existe pas⁵⁷. Ce déni face à l'allaitement est une réponse aux traditions orales et culturelles véhiculées depuis des décennies, mais aussi à la mode du moment :

«Le modèle culturel s'impose : en ville la mère se sépare de son bébé parce que les autres le font; on la persuade qu'elle ne peut le nourrir.»⁵⁸

Bien que toute mode soit passagère, il semble que le mépris de l'allaitement ait duré relativement longtemps. A ce propos, les adversaires de l'allaitement ont exprimé leurs opinions sur le sujet en démontrant à tort que les femmes ne disposaient pas toujours de lait suffisant pour nourrir adéquatement leurs rejetons⁵⁹, et donc que la Nature n'est pas dans l'absolu le soutien assuré à la sauvegarde des enfants en pourvoyant raisonnablement les femmes de lait maternel. Pour ces médecins, le recours aux nourrices est à éviter au plus au point parce qu'elles sont sensibles de transmettre leurs caractères affirmés par le lait. S'en remettre à la bouillie, pain détrempé dans de l'eau (ou dans un bouillon) ou bien au lait animal, ne présente pour eux que des avantages, «*n'étant point exposé, comme le lait, aux altérations qui dépendent de l'air, des maladies ou des passions de la nourrice qui les fournit*»⁶⁰.

⁵⁶ LEMIEUX (1985), *op. cit.*, p. 118-121. MOREL (1976), *op. cit.*, p. 396 et p. 404-406. Agnès Fine mentionne dans un de ses articles la croyance encore contemporaine et erronée des mères sur l'insuffisance ou l'altération du lait maternel quand les femmes sont nerveuses ou ont subi des chocs moraux. FINE, Agnès. «Le nourrisson à la croisée des savoirs». *Annales de Démographie Historique*, 1994, p. 205-206.

⁵⁷ FAUVE-CHAMOUX (1983), *op. cit.*, p. 9.

⁵⁸ FAUVE-CHAMOUX (1983), *op. cit.*, p. 8.

⁵⁹ Pour qu'une montée de lait survienne, la mère doit se reposer. Or, étant donné la lourdeur des charges domestiques pour certaines d'entre elles, il n'est pas étonnant que celles-ci aient peu de lait à offrir à leurs enfants. FAUVE-CHAMOUX (1983), *op. cit.*, p. 12.

⁶⁰ MOREL (1976), *op. cit.*, p. 405.

La désaffection de l'allaitement prend également sa source par la culture élitiste. La crainte du ridicule, l'altération de la beauté féminine, la vulgarité et les salissures du nourrissage naturel, les mauvaises nuits, la fatigue sont autant d'arguments catégorisant l'allaitement comme un désagrément inutile⁶¹.

1.5.1.3.2. Les interdits sociaux et religieux

Outre les convictions de l'époque, viennent se greffer d'autres considérations, sociales et religieuses, qui n'ont pas eu moins de poids sur la critique de l'allaitement. Pour comprendre les enjeux de ces considérations, évoquons qu'aux siècles qui nous intéressent, les classes sociales se distinguaient les unes des autres par le niveau de l'économie familiale, l'instruction, les activités, les responsabilités et l'endogamie sociale (unions privilégiées dans la même couche sociale) mais aussi par les pratiques propres à chacune des strates de la société. Eu égard à ce point, il est indéniable que les soins maternels accordés à un enfant d'agriculteurs ou à un enfant de nobles seront distincts.

En effet, les recherches françaises ou canadiennes ont démontré que les enfants de femmes riches ou aisées n'ont que rarement accepté de se démettre de leur position sociale et de se soustraire aux responsabilités de suppléantes dans les affaires maritales afin d'assurer leur rôle de mère. Celles qui d'ailleurs s'essayent à défier les mentalités en allaitant leurs enfants sont traitées avec mépris par leurs comparses, couvertes de ridicule, décriées comme ayant perdu la raison...⁶² Pour éviter toute entorse à leur réputation de «femme du monde» qui pourrait déteindre sur celle de leur mari, mieux vaut privilégier les implications maritales que maternelles. En outre, allaiter demande que la mère se repose, exige du temps, ce qui est un manque de liberté pour les Précieuses⁶³. Tout travail gêne par ailleurs un bon allaitement, surtout pour les femmes du peuple qui doivent veiller à remplir de nombreuses tâches domestiques. Dans les campagnes

⁶¹ BADINTER (1980), *op. cit.*, p. 83-85; MOREL (1976), p. 407-408. FLANDRIN, Jean-Louis. *Alimentation et médecine. Histoire de l'alimentation occidentale : Diététique ancienne, cuisine & formation du goût. Âges et régimes alimentaires*. Texte exclusif composé pour l'Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires (OCHA), 8p. Pierre Jaubert, écrivain français, réalise une sérieuse diatribe contre les femmes qui n'allaitent pas par mode ou par crainte du ridicule. Il va même jusqu'à pointer du doigt les pères qu'il juge irresponsables. JAUBERT, Pierre. *Des causes de dépopulation et des moyens d'y remédier*. Dessain, Paris, 1767, p. 25-37.

⁶² MOREL (1976), *op. cit.*, p. 409-410.

⁶³ D'après Élisabeth Badinter, «Ces femmes ont toutes la conscience bien tranquille puisque l'entourage admet la nécessité de la vie mondaine quand on est d'un certain rang et que les médecins eux mêmes reconnaissent que ces obligations sont des excuses valables pour ne pas materner» (p. 87). Comment ne pas imaginer, avec de telles remarques, que malgré la prise de conscience que la petite enfance soit une phase de la vie et l'enfant un individu à part entière, les femmes délaissent à ce point le fruit de leur entrailles?

françaises ou coloniales, il semble malgré tout que les femmes se soient acquittées de leurs devoirs de mères dans une grande proportion, la mise en nourrice étant utilisée dans des cas extrêmes, comme le décès maternel.

Un autre argument vient à l'encontre de l'allaitement : le «devoir conjugal». Longtemps associé à du sang blanchi, où la femme est déclarée impure, l'allaitement représentait une sorte d'incompatibilité avec les relations sexuelles. Le mari se devait de pouvoir disposer de son épouse après la bénédiction reçue par le prêtre marquant les relevailles (40 jours après l'accouchement) soit la fin de l'interdit sexuel. Aux siècles qui nous importent, la femme ne devait pas tenter son mari en le «privant» trop longtemps... si bien que pour satisfaire à cette tâche, un conflit d'intérêt s'installait entre l'époux et l'enfant⁶⁴. Afin d'éviter les médisances, l'enfant se retrouvait au second rang. L'allaitement ayant des vertus contraceptives, sa cessation entraîne un retour plus rapide de l'ovulation, qui, combiné aux rapports conjugaux, aboutissait plus rapidement à une nouvelle grossesse. Lorsque devoirs maritaux et allaitement étaient conjugués, les risques que la mère cesse les tétées pour cause de lait insuffisant suite à une nouvelle grossesse étaient grands, au détriment de son dernier né.

1.5.1.3.3. Les arguments en faveur de l'allaitement maternel

Même si les mentalités de l'époque ne valorisaient pas toujours le rôle de la femme et de la mère, quelques érudits ont bravé les opinions publiques et leurs collègues adversaires en témoignant des bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant et de la mère. Les arguments hippocratiques, même s'ils n'ont pas toujours été vérifiés empiriquement, méritent d'être mentionnés en ce qu'ils tentaient de faire le contrepoids aux croyances populaires. L'un d'entre eux évoque entre autres les «*funestes et terribles ravages d'un lait refoulé*»⁶⁵ formant une sorte de poison, le lait étant une analogie du sang. Il faut voir dans cet argument davantage une incitation à l'allaitement face aux dangers auxquels la mère pourrait s'exposer plutôt que l'empoisonnement lui-même. Un autre argument s'exprime par le bien-être physique des mères qui allaitent : l'allaitement leur confère vigueur, guérison de maux divers et même du plaisir⁶⁶.

⁶⁴ FINE (1994), *op. cit.*, p. 207-210; MOREL (1976), *op. cit.*, p. 400-401; FAUVE-CHAMOUX (1983), *op. cit.*, p. 18-19; FLANDRIN (1973), *op. cit.*, p. 182-187; BADINTER (1980), *op. cit.*, p. 86.

⁶⁵ Citation de l'œuvre de Ballexserd dans MOREL (1976), *op. cit.*, p. 397.

⁶⁶ MOREL (1976), *op. cit.*, p. 398.

L'argumentation prend cependant toute son importance dans la mise en valeur des vertus du lait naturel sur la vie de l'enfant. Les médecins savaient, à l'époque, que le lait, y compris le colostrum des premiers jours, possédait des fonctions purgatives, nutritives et immunitaires⁶⁷ :

«La Nature a disposé leur premier lait de façon qu'il sert [...] d'aliment et de remède. Il est laxatif par cette dernière qualité. On observe qu'il l'est plus le premier jour que le second; et qu'il perd successivement de sa vertu purgative, à mesure qu'il prend la consistance du vrai lait, puisqu'il est alors considéré comme aliment, et à proportion que cesse la nécessité d'évacuer le méconium»

Puis :

«Quand les enfants n'ont pas d'autres aliments que le lait maternel, ils acquièrent des forces tous les jours et bravent les maladies de toutes espèces...»⁶⁸

Ou encore :

«La Nature trompée se venge et punit; et le lait qui devrait être l'aliment des enfans, devient pour les mères qui les en privent, une cause de maladie et de mort» puis que *«Livrer un enfant à une étrangère, est un acte cruel et dénaturé, qui, s'il étoit unique, seroit considéré comme une atrocité; et la multitude des fautes n'en diminue pas la perversité»⁶⁹*

De la multitude d'œuvres ou d'essais publiés aux XVIIe et XVIIIe siècle et traitant des bienfaits de l'allaitement, il serait étonnant que les conseils proférés par les médecins n'aient eu aucun impact sur l'esprit des femmes. Il est aussi certain que celles-ci, par ouï-dire, avaient connaissance des qualités contraceptives de l'allaitement maternel puisque les médecins affirment que si toutes les femmes allaitaient, le nombre des naissances diminuerait⁷⁰. Les médecins savent d'ailleurs, par des études empiriques, que les enfants n'ayant pas été nourris par leur mère meurent davantage (les deux tiers décédés) que ceux allaités par leur mère (un quart de décédés). C'est donc que la mère est le «terroir naturel de l'enfant», pour reprendre l'expression de Marie-France Morel et que le lait naturel est un facteur de survie pour l'enfant.

⁶⁷ MOREL (1976), *op. cit.*, p. 399

⁶⁸ Dans MOREL (1976), *op. cit.*, p. 399-400. Citations de *De la conservation des enfans...* du Docteur Joseph Raulin (1768) et de *Le guide des mères ou manières d'allaiter...* de H. Smith (1774). Le méconium désigne les premières selles de l'enfant, généralement expulsées dans les 24 premières heures.

⁶⁹ MOHEAU, Jean-Baptiste. *Recherches et considérations sur la population de la France*, Paris, 1778, Édition de 1912, p. 258-259.

⁷⁰ MOREL (1976), *op. cit.*, p. 403. Marie-France Morel cite les médecins N. BROUZET. *Essai sur l'éducation médicale des enfans et sur leurs maladies*. Paris, 1754, 2. Vol. ; Charles-augustin VANDERMONDE. *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine*. 1756. 2 Vol. ; LASCAZES DE COMPAYRE. *Dangers du maillot et du lait de femme ; moyen d'y remédier, avis aux mères*. Paris, 1778.

Pour terminer cette section, il est cité dans la littérature que l'allaitement renforce les liens affectifs entre la mère et son petit. Même si cet aspect n'a peut être pas eu l'impact escompté, il n'en est pas moins intéressant en ce qu'il s'oppose à l'idée de transmission des vices et des vertus citée précédemment et offre une connotation positive de l'acte maternel⁷¹. Le lait sert cette fois à la transmission de la culture et de la foi religieuse lui conférant une valeur sacrée. L'aspect spirituel de l'allaitement s'affirme par excellence dans la forte dévotion du peuple à la Sainte-Famille, notamment en Nouvelle-France.

1.5.1.3.4. Une influence amérindienne?

Avec tout ce qui vient d'être mentionné, il est nécessaire de se questionner sur les pratiques d'allaitement en terre coloniale, en considérant ce dernier comme un réel vecteur de survie pour les enfants. Nos recherches nous ont fait constater à quel point les comportements des mères en terme de maternage ont été relativement semblables entre la mère-patrie et sa colonie bien qu'il y ait quelques nuances significatives. De prime abord, il semble que l'allaitement maternel ait été pratiqué par la majorité des Canadiennes-Françaises, tout au moins dans les campagnes. Dans le milieu rural français, il en a d'ailleurs été de même.

Néanmoins, les historiens démographes canadiens, en comparant l'intervalle moyen en mois entre le mariage et la première naissance puis l'intervalle entre la première et la seconde naissance, estiment que la différence entre ces deux durées est due à la période de stérilité temporaire suivant l'accouchement. Cette période est composée de l'aménorrhée post-partum immédiat (10 jours après l'accouchement) et tardif, dont la longueur varie en fonction de la durée de l'allaitement. En France, pour la plupart des régions rurales, et dans les campagnes de la colonie, la durée de l'allaitement est estimée entre 6 et 14 mois⁷². Denise Lemieux révèle, sur plusieurs thèmes relatifs à l'enfance coloniale, que des échanges de cultures se sont à maintes reprises exercées entre les Français et les Amérindiens. L'auteure mentionne les observations des pratiques menées

⁷¹ LEMIEUX (1985), *op. cit.*, p. 121; MOREL (1976), *op. cit.*, p. 397.

⁷² VALMARY, Pierre. *Familles paysannes au XVIIIe siècle en Bas-Quercy*. INED, Cahier n°45, 1965, p. 130-132; GANIAGE, Jean. *Trois villages de l'Île de France au XVIIIe siècle*. INED, Cahier n°40, 1963, p. 91-94; LANDRY, Yves. *Orphelines en France, pionnières au Canada; Les Filles du roi au XVIIe siècle; Suivi d'un répertoire biographique des Filles du roi*. Éditions Leméac, 1992, p. 215-218; CHARBONNEAU, Hubert, Bertrand DESJARDINS, André GUILLEMETTE, Yves LANDRY, Jacques LÉGARÉ et François NAULT, avec la collaboration de Réal BATES et Mario BOLEDA. *Naissance d'une population. Les Français établis au Canada au XVIIe siècle*. Paris et Montréal: Presses Universitaires de France, Les Presses de l'Université de Montréal, 1987. p. 99.

par les deux peuples et dont les traces ont été relevées dans les *Relations* annuelles des Jésuites. Ces derniers notent avec désarroi que les Amérindiennes nourrissaient au sein leurs petits et que le concept de mise en nourrice n'existait pas dans les tribus, la nourrice demeurant exclusivement la mère⁷³.

Même si aucune preuve tangible ne peut être apportée, il y a fort à parier qu'en plus des pratiques d'allaitement importées par les premières immigrantes françaises au XVIIe siècle sont venues se greffer dans une certaine mesure celles des Amérindiennes. Yves Landry, qui a écrit un ouvrage portant exclusivement sur les «Filles du Roy», démontre également que ces épouses (au nombre de 770), dont les deux tiers viennent de Paris ou de sa région et donc d'un milieu urbain, ont eu pour ainsi dire les mêmes comportements en terme d'allaitement que les campagnardes de France⁷⁴. Les différences comportementales se situent dans la durée moyenne de l'allaitement, où des distinctions régionales se font ressentir.

1.5.1.3.5. La mise en nourrice en Nouvelle-France

Mais qu'en est-il de la pratique de la mise en nourrice? Nous savons, au XVIIe et XVIIIe siècle, que les citadines de France déléguaient leur rôle de mère à des nourrices de la campagne, ou pour les plus nanties à des nourrices à domicile pour toutes les couches de la société. Il vient tout de suite à l'esprit que les nobles et les bourgeois s'étant établis en terre coloniale ont importé avec eux mentalités et coutumes propres à leur position sociale. Les recherches des historiens démographes ont cependant établi que la mise en nourrice a en effet existé en Nouvelle-France mais qu'elle ne s'est réellement manifestée qu'au XVIIIe siècle. Quelles sont les raisons de la faible ampleur du phénomène au XVIIe siècle?

La première explication tire sa pertinence dans le contexte colonisation lui-même. Effectivement, il faut attendre les années 1660, avec les contingents de Filles du Roy, pour que les tentatives de peuplement se soldent par un succès. Avant cette décennie, quelques centaines d'habitants seulement occupent le territoire. Puisque la mise en nourrice est une coutume élitiste et urbaine, son application est rare en ce territoire où les trois «villes» fondées, Québec, Trois-Rivières et Montréal, ne sont que des villages ou des

⁷³ LEMIEUX (1985), *op. cit.*, p. 112-114.

⁷⁴ LANDRY (1992), *op. cit.*

comptoirs de commerce. Il faut attendre le siècle suivant pour que ces trois paroisses soient dotées d'institutions qui leur confèrent le titre de ville.

La seconde explication revient à l'aspect économique du nourrissage mercenaire. Dans la France monarchique, la pauvreté était omniprésente et les femmes du peuple n'hésitaient pas à offrir leurs services aux dames mieux pourvues, en échange d'un petit pécule. En prenant en charge les enfants des autres, elles s'assurent d'un petit revenu pouvant atténuer leurs conditions de vie difficiles. L'extrême pauvreté ne semble pas en revanche avoir été un phénomène généralisé en Nouvelle-France. Elle était présente, certes, mais dans une moindre mesure, la population étant faible en nombre comparativement au territoire exploitable en terres agricoles. Comme le souligne Danielle Gauvreau :

«Ce ne sont [...] pas des raisons économiques qui semble l'avoir motivée (la mise en nourrice), puisque la pratique touche davantage les catégories aisées de l'échelle professionnelle. Il semble plus probable que le phénomène, largement répandu en Europe parmi ces groupes et dans les villes, soit tout simplement passé à son tour dans les mœurs d'une partie de la population coloniale, surtout au 18^e siècle»⁷⁵

L'auteure estime par ailleurs que, dans la paroisse de Québec, 4% des enfants nés ont été envoyés chez des mères nourricières entre 1680 et 1700 et presque 15% durant la première partie du XVIII^e siècle. Les catégories professionnelles les plus concernées par ce phénomène à Québec sont celles des officiers militaires, des marchands et des artisans⁷⁶. En l'absence de sources, on peut supposer que la cession de la Nouvelle-France au gouvernement britannique n'ait pas réellement bouleversé cette coutume. Au pire, peut-on s'attendre à un ralentissement dans les années 1750-1770, période de conflits avec les Britanniques et durant laquelle quelques centaines de membres de l'élite française sont retournés en métropole par crainte de perdre leurs privilèges sociaux et économiques⁷⁷. Dans le troisième chapitre de la présente recherche, nous tenterons d'estimer la diffusion de l'allaitement mercenaire pour les deux paroisses urbaines les plus importantes sus citées (Québec et Montréal) et de vérifier si le changement de gouvernement a modifié l'application de ce recours.

⁷⁵ GAUVREAU, Danielle. «A propos de la mise en nourrice à Québec pendant le régime français». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, Vol. 41, n°1, hiver 1987, p. 61.

⁷⁶ GAUVREAU (1987), *op. cit.*, p. 59-60.

⁷⁷ LARIN, Robert. «Les Canadiens passés en France à la Conquête (1754-1770)» dans *Mémoire de Nouvelle-France. De France en Nouvelle-France*, sous la direction de Philippe JOUTARD et Thomas WIEN, avec la collaboration de Didier POTON. Presses Universitaires de Rennes, 2005, p. 145-151.

Pour clore les volets sociaux et économiques de l'allaitement et les connaissances acquises sur le sujet, nous pourrions penser que la propension plus grande des immigrantes françaises et des Canadiennes-Françaises à allaiter leurs enfants a certainement eu un impact non négligeable sur la survie de ceux-ci, surtout au XVIIIe siècle où conditions de vie favorables, terres disponibles, densité faible de population sont réunies. En terre coloniale, il faut donc s'attendre, en présence de médecine traditionnelle, à des niveaux de mortalité infantile élevés, mais moindre qu'en métropole, compte tenu de tout ce que nous avons affirmé jusqu'ici (perception de l'enfant, place dans la société, coutumes en terme de maternité...). A ce propos, puisqu'en France naît le concept de *conservation des petits enfants* dans les milieux éclairés, il semble pertinent d'introduire dans les prochaines lignes la présence d'une médecine traditionnelle qui progressivement s'est préoccupée des enfants en bas âge. Bien que ce souci tire ses origines des préoccupations politiques de l'époque – la crainte de dépopulation – il demeure l'amorce d'un progrès graduel médical qui va modifier lentement les mentalités en termes de soins dans l'enfance.

1.5.2. La médicalisation de la petite enfance : quelques aspects

Durant les deux siècles qui nous importent, l'intérêt pour la survie des enfants s'est manifesté sous diverses formes. Souvenons-nous des conseils relatifs à l'hygiène dont Jean-Jacques Rousseau s'est fait le porte-parole en 1762. Il n'est pas question de traiter ici de la chronologie complète de la médicalisation de la petite enfance, ce qui exigerait bien plus que quelques paragraphes, mais d'orienter notre attention sur quelques aspects de la science qui nous paraissent les plus à propos. L'obstétrique, les médicaments, le rôle des médecins, des chirurgiens et des sages-femmes et l'inoculation contre la variole méritent d'être mentionnés.

1.5.2.1. *L'obstétrique : science inachevée*

L'obstétrique, science médico-chirurgicale qui traite de la grossesse et de l'accouchement, n'était que rudimentaire aux XVIIIe et XIXe siècles. Néanmoins, de la multitude d'ouvrages français parus à l'époque, il ressort malgré tout que durant le XVIIIe siècle, les connaissances en physiologie ne sont pas si insignifiantes. Il semble que ce soient les précautions à prendre lors des accouchements qui n'ont pas été respectées et qui ont souvent mis les vies de l'enfant et de sa mère en danger. C'est pourquoi, sous le

règne de Louis XIV, l'enseignement de l'obstétrique s'est avéré incontournable⁷⁸. Dans le Québec ancien, Denise Lemieux fait aussi allusion à une législation afférente de la pratique médicale, exercée notamment sur les enfants :

«En France, les phases décisives de contrôle de l'obstétrique populaire se firent vers 1780, soit après la Conquête. C'est vers la même période en 1786 que fut déposé au Bas-Canada le premier projet de loi pour empêcher des personnes de pratiquer sans permis la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. La loi adoptée s'en tiendra aux villes de Québec et de Montréal, ce qui laisse deviner la difficulté de son application dans les campagnes où se trouvait la majorité de la population»⁷⁹

Cette mesure justifie à elle seule les dangers d'une pratique non contrôlée sur la vie des «patients» mais aussi la nécessité de freiner les usurpateurs. Angélique-Marguerite Le Boursier Du Coudray, sage-femme ayant exercé sa profession à Paris sous les règnes de Louis XV et de Louis XVI, publie en 1759 son *Abrégé de l'art des accouchemens*⁸⁰ muni de gravures explicatives et fait figure de proue dans le domaine obstétrical. Reconnaisant humblement que bon nombre d'auteurs ont écrit sur le sujet avant elle, cette illustre dame s'est donné pour mission de former les sages-femmes des campagnes dont elle avoue que leur ignorance ne manque pas de mettre en danger les femmes ayant eu recours à elles⁸¹.

1.5.2.2. *Le rôle des membres du corps médical : l'exception des sages-femmes*

En Nouvelle-France, le corps médical est constitué de médecins, de chirurgiens-barbier et d'apothicaires. Les sages-femmes ne font pas partie de cet ensemble, l'accès aux Facultés de Médecine leur étant interdit⁸². Et pourtant, c'est aux sages-femmes que les futures mamans font officiellement appel lorsque la délivrance devient imminente, outre la présence de voisines et de proches parentes. Les sages-femmes sont d'ailleurs

⁷⁸ BIRABEN, J. N. «Le médecin et l'enfant au XVIIIe siècle. Aperçu de la pédiatrie au XVIIIe siècle». *Annales de démographie historiques*, 1973, p. 216.

⁷⁹ LEMIEUX (1985), *op.cit.*, p. 81.

⁸⁰ LE BOURSIER DU COUDRAY, *op. cit.*

⁸¹ Cette sage-femme des lumières aurait formé, en parcourant la France pendant près de 25 ans, plusieurs milliers de ses consœurs et chirurgiens qui ont perpétué son enseignement. En 1778, elle dépose sa «machine» qui, à l'aide de mannequins de toiles grandeur nature, reproduit la partie inférieure et interne du corps de la femme enceinte et en travail d'accouchement (foetus), ainsi que les instruments indispensables. Cette invention révolutionnera l'obstétrique dans les décennies suivantes. Il reste un exemplaire de cette œuvre, exposée à Rouen au musée Flaubert et d'Histoire de la Médecine. LE BOURSIER DU COUDRAY, *op. cit.*, *Avant propos*.

⁸² Les médecins et les sages-femmes étaient formés en France.

celles qui ont été les plus utiles et les plus accessibles pour les mères en ces temps anciens. Cet événement social qu'est l'accouchement permet en outre à ses femmes de se retrouver et de partager leurs expériences. Par pudeur et par principe religieux, les hommes, dont le conjoint, sont exclus de la pièce dans laquelle se situe la parturiente. Ils demeurent néanmoins proches de l'accouchée puisqu'en cas de danger de mort de l'enfant, l'Église préfère que se soit un homme, en l'occurrence l'époux ou le grand-père de l'enfant, qui ondoie le nouveau-né⁸³.

*«(Les curés) les avertiront aussi de ne pas baptiser hors de nécessité pressante : jamais en la présence d'un prêtre ou d'un laïque, s'il est bien instruit de la manière d'administrer ce sacrement. S'il ne le sait pas, il sera mieux et plus à propos qu'elles (les sages-femmes) le baptisent».*⁸⁴

Les sages-femmes sont l'objet d'un intérêt aux XVIIe et XVIIIe siècle, en France mais aussi dans sa colonie, ce qui leur confère un rôle important dans la société. Sous Louis XIV, les sages-femmes sont soumises à un examen plus serré de leurs compétences (1692). L'enseignement de l'art d'accoucher, destiné avant tout aux chirurgiens, n'apparaît qu'en 1728 à Strasbourg et en 1745 à Paris. Ce n'est qu'une décennie après la guerre de la Conquête, en 1769, que Joseph Raulin, médecin du Roi, réalise un ouvrage destiné à instruire les sages-femmes des provinces⁸⁵. Hélène Laforce établit dans son ouvrage sur les sages-femmes de la région de Québec que celles-ci n'ont pas été sujettes à un conflit d'intérêts avec les chirurgiens à l'époque de la Nouvelle-France⁸⁶. Bien au contraire, un véritable réseau de sages-femmes s'est instauré dès les années 1720, dont la construction est la conséquence de la demande de la population en sages-femmes dont les chirurgiens et le plus célèbre médecin du roi en Nouvelle-France, Michel Sarrazin, s'est fait le porte-parole en 1714 et 1719⁸⁷. Médecins, chirurgiens et sages-femmes se

⁸³ D'après Hélène Laforce, la gent masculine se serait plus facilement introduite dans l'environnement féminin créé par la naissance d'un enfant. L'auteure note, plus qu'à l'accoutumée française, des ondoiements réalisés par des hommes qui assistaient les accouchées dans certaines paroisses de la région de Québec. Cette insertion n'est pas pour elle le fruit du hasard : *«N'est-elle pas la prémisse d'une réponse au fait que la femme canadienne-française ait semblé accepter facilement l'accoucheur à son chevet? Alors qu'en France, les sphères d'activités des hommes et des femmes ne se recoupaient jamais.»* LAFORCE, Hélène. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture. Collection « Edmond-de-Nevers », no 4, 1985. p. 51-60.

⁸⁴ SAINT-VALLIER (1703), *op. cit.*, p. 13.

⁸⁵ BIRABEN (1973), *op. cit.*, p. 216 et suivantes.

⁸⁶ LAFORCE (1985), *op. cit.*, p. 75-86. En France, les chirurgiens étaient considérés *«comme un vil artisan utilisant des outils que le médecin, cet intellectuel du monde médical, se faisait fort de ne jamais utiliser.»* (p. 78). Afin de s'extraire de cette catégorisation, les chirurgiens ont tenté de se faire une place dans le milieu obstétrical en dénigrant quelque peu les «ignares matrones».

⁸⁷ Michel Sarrazin a d'abord débuté sa carrière en tant que chirurgien de navire, puis chirurgien des troupes en 1686, date de son arrivée. Après trois années de perfectionnement, il revient en Nouvelle-France en

sont accordés dans la bonne entente et se respectent mutuellement dans l'exercice de leur métier probablement par leurs effectifs réduits en terre coloniale et par l'efficacité reconnue des matrones auprès des parturientes.

La présence de sages-femmes et de chirurgiens lors d'un accouchement n'est pas rare en soi dans les villes coloniales. La sage-femme urbaine est avant tout formée par les écoles françaises reconnues par l'État, plaçant le chirurgien dans l'impossibilité de mépriser les compétences de celles-ci, mettant socialement et économiquement la sage-femme au même rang que celui du chirurgien.

De plus, le chirurgien est souvent appelé dans les cas de délivrances délicates, comme celle de naissances gémellaires ou de mort-nés à extraire du corps de la mère mourante, nécessitant par la même occasion l'utilisation de ses «outils», particulièrement le forceps⁸⁸. Sa présence – masculine – est aussi préférée à celle de la sage-femme dans le cas d'un ondolement. Enfin, c'est aussi en ville que réside l'élite qui a les moyens de payer les honoraires que requiert son intervention. Sans pouvoir malheureusement estimer la qualité de leur assistance propre, il est quasiment certain que ce partenariat sage-femme/chirurgien a sauvé la vie de plusieurs mères ainsi que de celle de leurs enfants dans le Québec ancien urbain si l'on se réfère aux propos tenus par l'Intendant Bigot en 1750 :

«J'ay fait payer a la sage-femme Entretienue icy par le Roy les 200# d'augmentation que vous avez eu labonté deluy procurer. [...] Elle Est utile dans la ville et depuis son arrivée il ne meurs plus autant de femmes en couches»⁸⁹

Il réside néanmoins une différence dans les campagnes où les sages-femmes sont formées davantage par un «apprentissage par observation». La sage-femme de la paroisse est élue par l'assemblée des femmes et doit prêter serment devant le curé paroissial. L'instruction de l'art d'accoucher demeure dans le cadre de l'entraide féminine et se constitue par l'expérience acquise. Malgré la formation rudimentaire, la réputation de ces «matrones» n'est certainement pas à refaire si l'on en juge la manière dont elles sont élues, soit par approbation des femmes de la paroisse et par l'absence de critiques de

1697 avec le titre de médecin du roi. Ce parcours professionnel est exceptionnel à l'époque et demeure encore aujourd'hui un personnage illustre de l'histoire du Québec ancien.

⁸⁸ Instrument en forme de pince dont les deux branches séparables se terminent généralement par une sorte de cuillère évidée et servant à saisir la tête du fœtus pour extraire celui-ci de l'utérus quand l'expulsion naturelle ne peut se faire. (Définition du *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*, Nancy Université). L'instrument fut inventé vers 1600 par Pierre l'Ainé Chamberlen, chirurgien accoucheur français de la Reine Henriette, épouse de Charles 1^{er} d'Angleterre, fille du roi Henri IV de France.

⁸⁹ *Lettre de Bigot au ministre*, 12 octobre 1750, fol. 33.

chirurgiens à leur endroit. À cela peut s'ajouter que pour exercer l'activité d'accoucheuse, les sages-femmes devaient se procurer un certificat de «bonne mœurs» émis par le curé de leur paroisse⁹⁰. Une fois de plus, l'efficacité des sages-femmes n'est plus à prouver.

1.5.2.3. *La connaissance des maladies infantiles*

Au-delà de l'accouchement qui n'est pas toujours aisé en lui-même de par les conditions difficiles dans lequel il se déroule, la sauvegarde des nouveau-nés est également assujettie à ces mêmes conditions auxquelles peut s'additionner les connaissances en matière de maladies infantiles. La littérature nous a appris une nouvelle fois que les maladies de l'enfance sont relativement bien décrites dans les anciens ouvrages. Varicelle, oreillons, diphtérie, coqueluche, scarlatine, méningite, maux gastriques, pour ne citer que celles-ci, sont connues des scientifiques parfois depuis l'Antiquité. La variole – ou la petite vérole – qui justifie l'inquiétude par les ravages qu'elle commet et les cicatrices qu'elle laisse derrière son passage, fera l'objet de vastes campagnes de prévention dans la seconde moitié du XVIIIe siècle. Si les connaissances en termes de maladies infantiles sont acquises par les médecins et les autres membres du corps médical, ont-elles été mises à profit dans le Québec des XVIIe et XVIIIe siècles?

1.5.2.3.1. Un savoir presque inutile...

Qui peut mieux diagnostiquer et soigner les maladies infantiles que les médecins? Ce sont eux qui, par leurs études et par leurs recherches, en étaient les plus aptes⁹¹. Comment se fait-il qu'en Europe ou en l'occurrence en Nouvelle-France, tant d'enfants décédaient avant même de pouvoir s'exprimer? Dans cette section, nous ne nous attarderons pas au rôle du corps médical de la métropole, cela est dispensable dans la mesure où la spécificité coloniale a quelque peu modifié les responsabilités et diversifié les activités des membres du corps médical, comme nous venons de le voir brièvement

⁹⁰ Ce certificat est également requis pour assister aux cours «d'accouchements, suivant tous les principes anatomiques» destinés aux chirurgiens et aux sages-femmes des campagnes en 1787. GOULET, Denis et André PARADIS. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. VLB Éditeur, 1992, p. 387.

⁹¹ D'après les inventaires après décès en terre coloniale, Lessard mentionne que 18 personnes seulement possédaient des ouvrages et des essais médicaux touchant à la chirurgie, à l'inoculation, à la botanique, aux remèdes et aux maladies. Sur le total, seulement quatre chirurgiens et un médecin (Michel Sarrazin), praticiens de la santé, ont ce type d'ouvrages, dont certains étaient contemporains. Les autres sont des administrateurs, des notaires ou commerçants qui n'ont rien à voir avec la science médicale. Font exception les Jésuites qui à eux seuls possèdent plus de 130 ouvrages médicaux. La colonie n'accusait donc d'aucun retard quant aux connaissances en médecine. LESSARD (1989), *op. cit.*, p. 135-141; GAUTHIER, Jean-Richard. *Michel Sarrazin. Un médecin du roi en Nouvelle-France*. Septentrion, 2007, p. 85-86.

avec les chirurgiens. Il est néanmoins pertinent, afin de mieux saisir le contexte médical de la colonie, de constater à quel point, la présence de médecins et de chirurgiens sur le territoire, quoique rare et sporadique, n'a pas eu d'effet positif direct sur la survie des enfants.

En premier lieu, il faut savoir que seulement trois médecins vinrent exercer leur profession durant l'existence de la colonie⁹² contre cent trente-sept chirurgiens pour le seul gouvernement de Montréal⁹³. Malgré les effectifs, aucune Faculté de Médecine n'a été créée dans la colonie et la formation de ces hommes se réalisait au préalable en France. Le médecin du roi avait pour fonction première de s'assurer de la santé des sujets de sa Majesté, à savoir les membres de l'élite – qui pouvait frayer les coûts des interventions médicales, soit les officiers militaires, les matelots et surtout les administrateurs. L'aristocratie étant cependant peu nombreuse, le médecin du roi élargit sa clientèle en rendant visite aux malades de l'Hôtel-Dieu de Québec ou de Montréal, en offrant parfois ses services gratuitement aux plus démunis⁹⁴. Or, l'hôpital est à l'époque une institution où mendiants, infirmes, vieillards, prostituées, épileptiques, simples d'esprits ou enfants abandonnés trouvent refuge. L'Hôtel-Dieu est quant à lui un lieu où le malade n'espère pas sortir guéri de ses maux physiques mais plutôt accompagné spirituellement jusqu'à son décès⁹⁵. L'enfant en bas âge n'a donc aucune place dans ces institutions médicales, il reste confiné dans le domaine familial.

Le coût des soins médicaux étant élevé et accessible qu'aux mieux nantis (nobles, bourgeois, artisans), les habitants ne font pas appel aux praticiens de la santé. D'après quelques inventaires après décès, certains habitants ont requis les soins de chirurgiens, qui à l'occasion, s'arrogent des fonctions du médecin ou de l'apothicaire en prescrivant des médicaments⁹⁶. Il est fortement probable que les remèdes utilisés et prescrits par les chirurgiens n'aient pas été destinés à des enfants. A ce propos, la guérison de maux s'est usuellement réalisée par l'usage de simples – plantes médicinales, dont les vertus curatives étaient connues de la population par tradition ancestrale.

⁹² Il s'agit de Michel Sarrazin (1697-1734), Jean-François Gaultier (1742-1756), François Lebeau (1758-1760). LESSARD (1989), *op. cit.*, p. 19.

⁹³ Dont 121 sont nés en France. Les quelques Canadiens de naissance à avoir appris la chirurgie l'ont fait en s'engageant comme apprenti auprès d'un maître-chirurgien. RHEAULT, Marcel J. *La médecine en Nouvelle-France. Les chirurgiens de Montréal (1642-1760)*. Septentrion, 2004, p. 21-25.

⁹⁴ GAUTHIER (2007), *op. cit.*, p. 59-62.

⁹⁵ LESSARD (1989), *op. cit.*, p. 45-47.

⁹⁶ Peu d'apothicaires se sont établis dans la colonie. L'apothicairerie la plus souvent citée dans les inventaires après décès est celle des Jésuites à Québec. LESSARD (1989), *op. cit.*, p. 21-23.

Un autre point relève de la non-intervention des praticiens de la santé sur les enfants au moment de la délivrance. Mireille Laget, historienne de l'enfance, affirme qu'au moins jusqu'à la seconde moitié du XVIIIe siècle en France, le nouveau-né n'est pas l'objet d'un intérêt médical lors de l'accouchement lui-même. L'auteure ajoute que le chirurgien-accoucheur, si présent, assiste la parturiente lors du travail, mais n'exerce aucune tentative de réanimation de l'enfant si l'on craint pour sa vie. Cette responsabilité est remise à la sage-femme qui est la principale personne tolérée dans la «chambre» de l'accouchée. Laget mentionne à juste titre que règne longtemps la croyance que le «*destin de l'enfant est immuable et que l'homme ne peut intervenir pour la survie de son enfant*». Ce point est à mettre en relation avec les convictions religieuses de l'époque, dont les forces se sont fait ressentir sur le comportement de la population⁹⁷.

Le pasteur suisse Jean-Louis Muret (1715-1796), dont la contribution à la science démographique est considérable⁹⁸, évoque dans son *Mémoire sur l'état de la population dans le pays de Vaud* (1766), que :

*«nous manquons de bonnes sages-femmes, & d'un autre, on ne s'applique point assez à bien connoître les maladies des petits enfans, outre que le soin de leur guérison est confié très souvent à des femmes qui ordonnent les remèdes au hazard»*⁹⁹

Cette assertion rappelle l'impact et la nécessité des sages-femmes auprès des parturientes et des enfants, dont on retrouve aussi la trace dans la colonie (demande de sages-femmes par Michel Sarrazin). Ce propos relève également que même si les maladies infantiles sont bien décrites dans les essais scientifiques par le récit des symptômes propres à chacune de ces maladies, les conditions nécessaires à la formation des agents pathogènes et leurs propriétés physiologiques sont quant à elles complètement inconnues. Un troisième point mérite d'être soulevé et concerne l'utilisation de plantes médicinales. Muret pointe du doigt le paradoxe dans lequel évoluait la société d'antan : les médecins, botanistes à leurs heures, ne mettent à profit leurs connaissances

⁹⁷ Mentionnons de nouveau que le décès d'un enfant était perçue comme une décision du Tout-Puissant et qui par conséquent ne peut être contestée. Seule la résignation et le repentir des parents sont de circonstance. L'auteure rapporte que le désir de sauver la vie d'un enfant serait né en même temps que l'obstétrique à la fin du XVIIIe siècle. Par analogie, ce désir se manifeste parallèlement à l'amour maternel évoqué par Elisabeth Badinter. LAGET, Mireille. «Notes sur la réanimation des nouveau-nés (XVIIIe-XIXe siècles)». *Annales de démographie historique*, 1983, p. 65-67.

⁹⁸ Ce pasteur vaudois est l'inventeur de la table de mortalité infantile et de la table de mortalité féminine selon l'état matrimonial qui intègre les entrées et les sorties par mariage.

⁹⁹ MURET, Jean-Louis. *Mémoire sur l'état de la population dans le pays de Vaud, Qui a obtenu le prix proposé par la société Oeconomique de Berne, Par M. Muret, Premier Pasteur à Vevey et Secrétaire de la société Oeconomique de Vevey*, Yverdon, 1766, p. 100.

que pour les mieux nantis à l'opposé des mères et des sages-femmes – dont la formation relève pour la plupart d'un modeste apprentissage par observation, qui sont celles qui utilisent les plantes médicinales sans connaître vraiment leurs réelles vertus thérapeutiques¹⁰⁰. Du reste, ceci confirme que l'usage de simples (plantes médicinales) était davantage de nature prophylactique et palliative, c'est-à-dire visant à prévenir ou soulager le patient de ses maux, plutôt que curative, dont l'objectif est la guérison complète du grabataire.

1.5.2.3.2. L'inoculation contre la variole : trop tard pour la colonie

La découverte médicale la plus conséquente du XVIIIe siècle demeure sans conteste l'inoculation du virus variolique. La variole, maladie infectieuse de type viral, est connue depuis l'Antiquité. Sa virulence et sa fréquence font de la maladie un véritable fléau redouté par la population. Des traces de tentatives de variolisation ont été retrouvées au XIe siècle en Chine, où un malade ayant une forme peu virulente de la maladie était mis en contact avec des individus sains. La technique s'est modérément répandue par la suite, dont l'aspect le plus simple était de coucher des enfants sains avec des enfants malades. Il faut attendre le début du XVIIIe siècle pour que le procédé soit introduit en Europe, où de nombreuses publications sur le sujet vinrent le jour¹⁰¹, qui firent lentement admettre que la contraction d'une forme bénigne de la maladie était immunisante et pas strictement à court terme. Les propos qui reviennent souvent dans ces essais médicaux sont ceux relatant des écarts de proportions de décès – notamment infantiles – entre les inoculés et les malades¹⁰². Ce thème sert d'ailleurs d'argument afin de convaincre le peuple des bénéfices à retirer de la variolisation. Le docteur en médecine suisse, Théodore Tronchin (1709-1781), se fit le fervent défenseur de l'inoculation de la vaccine, qu'il introduit en 1756 à Paris.

Tout comme pour les conseils afférents à la façon d'élever son enfant, dont nous avons parlé précédemment, l'acceptation de l'inoculation – technique qui consiste à

¹⁰⁰ D'après Jean-Richard Gautier, le médecin du Roy Michel Sarrazin, se distingue de nouveau de ses confrères exerçant dans la mère-patrie en ce sens où ses travaux en botanique n'ont pas juste servi à contribuer à l'avancement du savoir médical de l'Académie des Sciences ou à agrémenter le Jardin du Roy par l'envoi de plantes « nord-américaines ». La spécificité coloniale (territoire peu peuplé, concurrence nulle) a permis la proximité entre le médecin et les petites gens qui ont bénéficié des connaissances de Sarrazin, GAUTHIER (2007), *op. cit.*, p. 67-86.

¹⁰¹ Jacqueline Hecht recense 817 écrits sur l'inoculation avant 1765. C'est dire si la découverte a suscité des réactions mitigées. HECHT (1992), *op. cit.*, p. 1603 (note 61)

¹⁰² Les estimations fournies par les érudits à ce sujet à l'époque sont très variables. HECHT (1992), p. 1603.

introduire artificiellement l'agent pathogène variolique par voie cutanée – n'a pas été instantanée, ni même rapide. Imaginons les réticences des mères, ignorantes pour la plupart, voyant sans doute d'un mauvais œil cette science entrant en conflit avec leurs propres convictions (le destin de l'enfant relève d'une décision de Dieu) et qui se propose de sauver leurs petits-êtres en leur donnant la maladie qu'ils n'ont pas encore et que tous craignent de contracter!¹⁰³

Ce n'est seulement que dans la nouvelle *Province of Québec* (1764), donc sous le Régime Britannique, que l'on retrouve les premières traces de l'inoculation contre la variole. Le médecin John Joseph Heagerty, dont l'ouvrage *Four Centuries of Medical History in Canada* (1928) a maintes fois servi à la postérité, révèle que la première mention de l'utilisation de la variolisation s'est faite à Québec en 1765. Ce n'est que trois ans plus tard que James Latham (c.1734-1799)¹⁰⁴, un chirurgien militaire britannique, pratique l'inoculation sur plus de 500 personnes à Québec et à Montréal (membres de l'élite britannique et franco-canadienne). A son départ pour New-York en 1770, près de 1 250 individus ont été inoculés par ses soins¹⁰⁵. Il n'est pas mentionné dans les écrits si cet échantillon comporte des enfants en bas âge, même s'il est acquis à l'époque, que l'enfance (moins de 5 ans) est la meilleure phase de la vie pour être inoculé.

En Europe, la fréquence et la virulence des épidémies de variole se sont amoindries dès les années 1750 alors que l'inoculation n'était pas généralisée et la vaccination d'Edward Jenner non découverte¹⁰⁶. Amélioration de l'alimentation, des conditions de vie

¹⁰³ Citons Voltaire qui, en 1727, est le premier à écrire sur l'inoculation en France dans sa lettre XI *Sur l'insertion de la petite vérole* : «On dit doucement dans l'Europe chrétienne que les Anglais sont des fous et des enragés: des fous, parce qu'ils donnent la petite vérole à leurs enfants pour les empêcher de l'avoir; des enragés, parce qu'ils communiquent de gaieté de cœur à ces enfants une maladie certaine et affreuse, dans la vue de prévenir un mal incertain. Les Anglais, de leur côté, disent: Les autres Européens sont des lâches et des dénaturés: ils sont lâches, en ce qu'ils craignent de faire un peu de mal à leurs enfants; dénaturés, en ce qu'ils les exposent à mourir un jour de la petite vérole.» VOLTAIRE, Adrien. *Œuvres de Voltaire. Avec Préfaces, avertissements, notes, etc.* Par M. Beuchot, Tome XXXVII. Paris : Lefèvre Libraire. 1829, p. 168.

¹⁰⁴ L'apprentissage de Latham en termes d'inoculation s'est réalisé auprès de Robert et Daniel Sutton, Britanniques ayant développé une méthode inoculatrice simple : une incision peu profonde dans laquelle est mis en contact l'agent pathogène, le pus, extrait de pustules varioliques. SKÖLD, Peter. «From Inoculation to Vaccination: Smallpox in Sweden in the Eighteenth and Nineteenth Centuries». *Population Studies*, n°50, 1996, p. 252.

¹⁰⁵ Les interventions de Latham sont mentionnées dans le journal quotidien la *Gazette de Québec*, récemment créé, le 15 septembre 1768. TUNIS, Barbara. «Dr. James Latham (c. 1734-1799) : Pioneer inoculator in Canada». *Canadian Bulletin of the History of Medicine*, 1984, p. 1-11; McINTYRE, John W.R. et C. Stuart HOUSTON. «Smallpox and its control in Canada». *Canadian Medical Association Journal*, Dec. 14, 1999, Volume 161, n°12, p. 1544–1545.

¹⁰⁶ Edward Jenner (1749-1823), médecin anglais, invente la vaccination en mai 1796. De la croyance populaire et véridique que les personnels travaillant dans les laiteries et les fermes ne contractent jamais la

et de logement, progrès de l'hygiène personnelle et commune, progrès en médecine et santé publique, résistance biologique ou physiologique plus accrue des individus (par effet sélectif), changements climatiques sont quelques-unes des raisons soutenues pour caractériser la baisse de la proportion de décès causés par la variole¹⁰⁷. Bien que chacun de ses arguments soit tout à fait pertinent, il semble ce soit le changement des mentalités et une certaine ouverture face à la modernité qui ait été le réel prologue à la baisse modérée de la mortalité générale et infantile¹⁰⁸ en plus des arguments qui viennent d'être cités. En l'absence d'écrits sur le thème dans le Québec ancien, il ne paraîtrait pas si dénué de sens que la même tendance se soit présentée après la période de conflits entourant la cession de la colonie française au gouvernement britannique en 1760-1763. C'est une hypothèse qui mérite de retenir notre attention et qui pourra être vérifiée empiriquement dans notre troisième chapitre.

2. LA NOUVELLE-FRANCE : UNE SOCIÉTÉ SANS ÉGAL

Quand nous pensons à la Nouvelle-France, nous pensons à une colonie et un territoire spacieux, des échanges culturels avec les Amérindiens, des horizons nouveaux pour les échanges commerciaux, un environnement naturel bien plus sain que dans la métropole française. Tout était réuni pour que les colons français et leur descendance vivent en harmonie. Les écrits, qu'ils soient en histoire politique, en géographie, en sociologie culturelle ou en démographie ont pourtant nuancé ce portrait idyllique. La colonie est nouvelle certes, mais les frontières sont souvent contestées et les commerce menacés par les conflits politico-culturels entre les colons anglais, français et les tribus amérindiennes. Il s'ensuit une période de paix relative du début du XVIIIe siècle jusque vers les années 1750. En 1763, les Anglais conquièrent la colonie française. Le changement de régime politique a-t-il été un atout pour la survie des enfants? Aucune réponse ne peut être apportée pour l'instant¹⁰⁹ mais notre étude envisage de combler cette lacune de connaissance.

variole de par leur proximité avec les vaches porteuses de la vaccine (Cow-Pox), Jenner poursuit ses recherches jusqu'à créer la vaccination. Il publie dès 1798 son ouvrage sur le sujet, *An inquiry into the causes and effects of the variolae vaccine*. Dès le début du XIXe siècle, la vaccination, forte de son succès sur la maladie, se diffuse mondialement. PERRENOUD, Alfred. «Atténuation des crises et déclin de la mortalité». *Annales de démographie historique*, 1989, p. 13-29.

¹⁰⁷ PERRENOUD (1989), *Ibidem*.

¹⁰⁸ MOREL (1989), *op. cit.*, p. 157-163.

¹⁰⁹ Les recherches en démographie historique ont été avant tout consacrées à la Nouvelle-France, rarement lors du Régime Anglais. Cependant, les données disponibles au moment de ces études ne permettaient pas de couvrir l'ensemble de l'existence de la colonie (jusqu'en 1763). Il existe néanmoins quelques

A la lecture des écrits sur la mortalité infantile, il ressort dans un premier temps que les chercheurs ont dû faire face à quelques soucis concernant les données qu'ils ont utilisées pour mesurer les niveaux de la mortalité infantile dans le temps de la colonie française en Amérique du Nord. La source de données principale provenant des registres paroissiaux du Québec ancien, dont nous utiliserons les informations nous aussi pour la réalisation de ce travail, est exceptionnelle mais comporte quelques lacunes qu'il faut tenter de combler (pertes d'actes, sous-enregistrement des naissances et décès d'enfants). Selon le type d'étude entrepris par les chercheurs, les résultats s'expriment en quotients (longitudinal) ou en taux de mortalité infantile (transversal)¹¹⁰. La compilation des résultats issus de quelques recherches est présentée dans le Tableau 1.1.

2.1. Les premières estimations générales

Jacques Henripin, chercheur pionnier en cette matière, apporte un tout premier résultat pour l'ensemble des enfants décédés avant leur premier anniversaire, issus de familles formées entre 1700 et 1730¹¹¹. Il parvient à un taux de mortalité infantile de l'ordre de 246‰ pour cette période. En 1975, Hubert Charbonneau dévoile de nouveaux résultats concernant cette fois les enfants issus de familles formées avant 1700 après correction des données¹¹². Le taux de mortalité trouvé pour la période circonscrite est de 211‰. Si nous faisons une brève comparaison des deux résultats, le chiffre avancé par Charbonneau, qui est obtenu pour une période longue de presque un siècle, suggère l'idée que la mortalité infantile était relativement moins élevée au début de la colonie (territoire sain, qualité de vie meilleure) et que les probabilités de survie des enfants étaient suffisamment grandes pour les enfants avant le XVIIIe siècle pour venir contrebalancer la plus forte mortalité des enfants nés au début du XVIIIe siècle : la période de recherche de Charbonneau inclut celle d'Henripin. Or, dans cette dernière, le taux obtenu est tout de même supérieur de 35‰ à celui de Charbonneau.

recherches sur des paroisses spécifiques telles que Montréal (Louise Dechêne, 1974), Beauport (Micheline Tremblay, 1981), Neuville (Lorraine Bernier-Lemire, 1982), Cap-Santé, Grondines et Deschambault (Serge Goudreau, 1984), Québec (Danielle Gauvreau, 1991).

¹¹⁰ La probabilité de décéder entre 0 et 1 an (${}_1q_0$), autrement nommée quotient de mortalité infantile, est calculée en rapportant les enfants décédés avant leur premier anniversaire sur le nombre de naissances d'enfants issus de la même génération (étude longitudinale). Le taux de mortalité infantile est quant à lui obtenu en rapportant les décès d'enfants de moins de un an au cours d'une année civile aux naissances de la même année (étude transversale). L'utilisation des taux de mortalité infantile n'est pas inconfortable dans notre cas puisque ceux-ci avoisinent cette probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire.

¹¹¹ HENRIPIN, Jacques. *La population canadienne au début du XVIIIe siècle : nuptialité, fécondité, mortalité infantile*. Paris : Presses universitaires de France, 1954, p. 106

¹¹² CHARBONNEAU, Hubert. *Vie et mort de nos ancêtres. Étude démographique*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 1975, p. 132-133 (Coll. "Démographie canadienne", no 3).

Ainsi, d'après les résultats que nous venons de voir et malgré les différentes façons dont s'y prennent les chercheurs pour obtenir des résultats (type de sources utilisées ou méthodes d'exploitation, périodes délimitées parfois différentes), alors que dès le début de la colonie le niveau de mortalité des enfants de moins d'un an est assez élevé, il semble que la tendance de ce taux soit de croître au fur et à mesure que l'on se rapproche de la fin du Régime Français. Ceci est tout à fait visible d'après les résultats de Lalou (Tableau 1.1). Mentionnons à titre de comparaison qu'en France rurale, le quotient de mortalité était de l'ordre de 350‰ pour la période 1690-1719¹¹³, ce qui démontre que les conditions de vie étaient meilleures en territoire colonial.

Nous pouvons penser que cette évolution générale de la mortalité infantile a suivi son cours au-delà de 1730. Faut de données disponibles au moment où les recherches passées ont été entreprises, rares sont celles qui se sont hasardées jusqu'à la fin du Régime Français. Avec les données complètes qui sont actuellement disponibles et qui se rendent quasiment jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, nous pourrions vérifier si en effet les conditions de vies ont été telles que la survie des enfants en a été affectée, au point, finalement, d'atteindre les mêmes niveaux que ceux observés en métropole. Doit-on aussi s'attendre à une régression de la mortalité infantile sous le Régime Anglais à l'instar du vieux continent, avec un certain retard?

2.2. Mortalité infantile désagrégée

Toute entreprise reliée à comprendre le phénomène démographique qu'est la mortalité infantile n'a de sens que si elle est désagrégée en ses composantes. En premier lieu, il convient de valider les observations de nos prédécesseurs européens du XVIIe et XVIIIe siècle qui affirmaient qu'une différenciation de la mortalité infantile s'exprimait selon le sexe de l'enfant. Il convient également de confirmer en terre coloniale le bien-fondé de leurs constatations en termes de distinction des probabilités de survie selon le lieu de résidence d'autant plus que l'opposition entre les villes et les campagnes dans la colonie est moins

¹¹³ HOUDAILLE, Jacques. «La mortalité des enfants dans la France rurale de 1690 à 1779». *Population*, 1, 1984, p. 77-106. De grandes disparités régionales résident en France si bien que les quotients de mortalité infantile pour une même période peuvent être différents d'une paroisse à l'autre. Néanmoins, rares sont les cas où même à Genève, en Italie, en Suède, en Angleterre et autres pays d'Europe, ils sont en dessous de 250‰. Pour plus de détails à ce sujet, voir la partie IX dans la bibliographie.

TABLEAU 1.1 : Tableau récapitulatif des résultats obtenus par les chercheurs pour les niveaux de mortalité infantile (‰), endogène et exogène selon la période, le lieu d'établissement et la catégorie sociale en Nouvelle-France

Catégorie	Période	Niveaux de ...				Chercheurs
		Mortalité infantile (‰)	Mortalité endogène	Mortalité exogène	Part de la mortalité exogène (%)	
<i>Ensemble de la population</i>	1700-1730	246 ^c	-	-	-	Henripin
	1621-1700	211	127	84	39,8	Gadoury, Landry et Charbonneau
	1640-1679	77	54	23	29,9	Charbonneau ¹
	1680-1699	142	79	63	44,4	
	1700-1729	165	61	104	63	Charbonneau ²
	1700-1713	240	-	-	-	
	1621-1679	170,5	72,2	98,8	57,6	Lalou
	1680-1699	209,6	70,5	139,1	66,4	
	1700-1729	241,6	71,6	170	70,4	Gagnon et Mazan
1680-1749	248,4 ^c	-	-	-		
Sexe de l'enfant						
<i>Féminin</i>	1621-1700	201	-	-	-	Gadoury, Landry et Charbonneau
	1621-1760	249	-	-	-	Gauvreau
	1640-1729	129	-	-	-	Charbonneau ¹
<i>Masculin</i>	1621-1700	221	-	-	-	Gadoury, Landry et Charbonneau
	1621-1760	315	-	-	-	Gauvreau
	1640-1729	141	-	-	-	Charbonneau ¹
Lieu d'établissement						
<i>Villes</i>	1700-1713	300	-	-	-	Charbonneau ²
	1700	123	-	-	-	Periers (Trois-Rivières)
	1720	195	-	-	-	
	1740	258	-	-	-	
	1760	248	-	-	-	
	1621-1700	281	127	154	54,8	Gadoury, Landry et Charbonneau

	1621-1699	207,3	-	-	-	Lalou
	1700-1729	319,9	-	-	-	
<i>Campagnes</i>	1700-1713	225	-	-	-	Charbonneau ²
	1621-1700	186	119	67	36,0	Gadoury, Landry et Charbonneau
	1673-1762	193 229 ^c	44,0	149	77,4	Tremblay (Beauport)
	1653-1762	152 204 ^c	61,6	90,4	59,6	Bernier-Lemyre (Neuville)
	1679-1762	157 221 ^c	49,5	107,5	68,5	Goudreau (Cap-Santé, Deschambault et Grondines)
	1621-1699	190,8	-	-	-	Lalou
	1700-1729	215,6	-	-	-	
	Statut social					
<i>Nobles</i>	1621-1700	155	74	81	52,3	Gadoury
	1700-1734	322	87	235	73,0	
	1735-1765	476	113	363	76,3	
	1621-1699	223	-	-	-	
<i>Bourgeois</i>	1700-1729	322,6	-	-	-	Lalou (Élite urbaine)
	1621-1700	180	75	105	58,3	Simo Noguera
	1700-1724	292	98	194	66,4	
	1725-1760	452	99	352	77,9	
	1621-1765	232	-	-	-	Gauvreau (Québec)
<i>Artisans</i>	1621-1765	329	-	-	-	Gauvreau (Québec)
<i>Habitants et marchands</i>	1676-1685	98	-	-	-	Dechêne (Montréal)
	1686-1695	172	-	-	-	
	1696-1705	109	-	-	-	
	1706-1715	180	-	-	-	
<i>Journaliers</i>	1621-1765	413	-	-	-	Gauvreau (Québec)

Sources : Henripin (1954); Tremblay (1981); Bernier-Lemyre (1982); Goudreau (1983); Gadoury, Landry et Charbonneau (1985); Dechêne (1988); Gadoury (1988); Gauvreau (1991); Lalou (1991); Periers (1992); Simo Noguera (1995), Gagnon et Mazan (2009)

Notes : 1. Charbonneau (1975)

2. Charbonneau (1976)

..^c : Taux ou quotients corrigés

contrastée par rapport à celle de la mère-patrie¹¹⁴. Malencontreusement, il est inévitable de dissocier cet antagonisme du type social d'individus qui y réside, à savoir la concentration d'agriculteurs résidant dans les campagnes et les divers degrés de l'élite demeurant dans les enceintes des villes. Difficile aussi de ne pas séparer le statut social de ces gens de leurs mentalités, pratiques et vies sociales respectives.

2.2.1. Mortalité selon le sexe de l'enfant

A partir du moment où toute autre variable prise en compte dans une étude est contrôlée, la probabilité de décès d'un enfant se trouve en effet être moins grande lorsqu'il s'agit d'une fille comparativement à un garçon. Les raisons qui pourraient être avancées sont de prime abord biologiques. Il est acquis que les enfants de sexe masculin sont plus fragiles. Cette «faiblesse» est par ailleurs contrebalancée de façon naturelle par le rapport de masculinité à la naissance de l'ordre général de 105 garçons pour 100 filles¹¹⁵.

D'après l'étude de Gadoury, Landry et Charbonneau¹¹⁶, le quotient de mortalité des garçons est de 221‰ et celui des filles de 201‰ du début de la colonie à l'année 1700. Dans l'ouvrage de Danielle Gauvreau, le cas de la ville de Québec (1621-1760) ne fait pas exception à la règle : la surmortalité masculine est de l'ordre de 25 à 30% (315 contre 249‰)¹¹⁷. Bien que dans cette étude l'auteure examine les décès d'enfants selon le sexe

¹¹⁴ STRUYCK, Nicolas. *Les Œuvres de Nicolas Struyck (1687–1769) qui se rapportent au calcul des chances, à la statistique générale, à la statistique des décès et aux rentes viagères*, tirées des œuvres complètes et traduites du Hollandais par J.A. Vollgraaf. Amsterdam, 1912, p. 187; Muret précise : «*Il est connu que les mâles naissent en plus grand nombre que les femelles, l'excédent est à peu près le cinq pour cent, dans ce pays comme ailleurs; [...] Il naît plus de mâles, le fait est certain; mais y-a-t-il dans le monde plus de mâles que de femelles? C'est une autre question. La mortalité est si grande pour les petits garçons, que dès la première année de vie, ce surplus de mâles, dont nous étions en peine est déjà disparu, & que les femelles l'emportent jusques à la fin de leur vie*». Puis que «*Une chose mérite en effet d'être observée. Années communes, les morts sont toujours proportionnellement en plus grand nombre, dans les villes que dans les villages. La raison en est, que le séjour des villes est nécessairement malsain; on y est renfermé dans des maisons comme dans des cachots; & l'on n'y respire pas cet air salubre, qui réjouit, & qui ranime les habitants de la campagne. La ville est en quelque sorte, un séjour étranger à l'homme, il s'y trouve hors de son élément*» MURET (1766), *op. cit.*, p. 33 et 102; MOHEAU (1778), *op. cit.*, p. 147.

¹¹⁵ GALLIANO, Paul. «La mortalité infantile dans la banlieue sud de Paris à la fin du XVIIIe siècle (1774-1794)». *Annales de Démographie Historique*, 1966, p. 139-177; MILLER, Jane E. «Is the Relationship between Birth Intervals and Perinatal Mortality Spurious? Evidence from Hungary and Sweden», *Population Studies*, 43, 1989, p. 479-495. LYNCH, Katherine A. et Joel B. GREENHOUSE «Risk Factor for Infant Mortality in Nineteenth-Century Sweden». *Population Studies*, vol. 48, n° (1994), p. 117-133. LALOU, Richard. «Endogeneous Mortality in New France: At the Crossroads of Natural and Social Selection» (Chap. 12). dans BIDEAU Alain, Bertrand DESJARDINS et Hector PEREZ-BRIGNOLI. *Infant and child mortality in the past*, Oxford ; Toronto : Clarendon Press, 1997, 312 p.

¹¹⁶ GADOURY, Lorraine, Yves LANDRY et Hubert CHARBONNEAU. «Démographie différentielle en Nouvelle-France : villes et campagnes». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, Vol. 38, n°3, hiver 1985, p. 376.

¹¹⁷ GAUVREAU, Danielle. *Québec. Une ville et sa population au temps de la Nouvelle-France*, Presses de l'Université du Québec, 1991, p. 182.

dans un milieu urbain, une hypothèse s'impose : durant toute l'existence de la Nouvelle-France, qu'il s'agisse du milieu urbain ou rural et quel que soit le statut social familial considéré, ce rapport de masculinité au décès devrait être observé. Les dires des premiers démographes contemporains sur un tel niveau de mortalité infantile se sont avérés aussi justes pour la colonie.

2.2.2. Mortalité selon le lieu de résidence : les villes et les campagnes

Une différenciation entre les villes et les campagnes n'est pas vraiment remarquée durant le premier siècle de la colonisation du Nouveau-Monde puisque la majorité de la population partageait le même type de conditions de vie, qui était rural à 85%¹¹⁸. Les villes de Québec, Montréal et Trois-Rivières acquerront davantage leur caractère urbain au début du XVIIIe siècle. En effet, plus d'un habitant sur quatre se retrouverait dans une de ces trois paroisses à cette époque¹¹⁹.

La recherche consacrée à la démographie différentielle de Gadoury et al. tente néanmoins une première approche du niveau de mortalité infantile avant 1700 selon la distinction entre les villes et les campagnes en Nouvelle-France, bien que la division entre les deux ne soit alors que peu affirmée. En ville, la probabilité de décéder obtenue est de 281‰ comparativement à 186‰ pour les enfants nés en campagne. Le cas des familles mixtes (vivant dans les deux zones) est intermédiaire mais reste proche du taux observé pour les enfants des villes (264‰).

L'écart entre les deux premières probabilités est assez prononcé, peut-être à cause de la petitesse de l'échantillon. Il reste néanmoins étonnant : si ces probabilités corrigées de mortalité infantile illustrent une différence de niveau entre les villes et les campagnes avant 1700, il vient à l'esprit que celle-ci pourrait s'accroître davantage au fil des décennies à mesure que le nombre de résidents augmente. Ceci est confirmé par les précédents travaux d'Hubert Charbonneau (1976) qui présente succinctement ses résultats sur ce point entre 1699 et 1713¹²⁰. En ville, le niveau est présumé à 300‰ en

¹¹⁸ GADOURY et al. (1985), *op. cit.*, p. 360; NAULT, François, Bertrand DESJARDINS et Jacques LÉGARÉ. «Effects of Reproductive Behaviour on Infant Mortality of French Canadians during the Seventeenth and Eighteenth Centuries». *Population Studies*, vol. 44, n°2 (July 1990), p. 273-285.

¹¹⁹ Cette estimation est avancée par Gadoury, et al. (1985) d'après l'ouvrage de Guy Frégault, qui affirme quant à lui qu'un quart de la population vit en zone urbaine: FREGAULT, Guy. «La Nouvelle-France, territoire et population». dans *Le XVIIe siècle canadien : Études*. Montréal : Éditions HMH, 1970, p. 36.

¹²⁰ CHARBONNEAU, Hubert. «À propos de démographie urbaine en Nouvelle-France – Réflexions en marge d'*Habitants et marchands de Montréal au XVIIe siècle de Louise Dechéne*». *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 30, 2, Septembre 1976, p. 267.

comparaison de 225‰ pour les campagnes. La même constatation est visible pour Lalou (1991), de même que pour Périers (1992) dont l'étude se consacre à la paroisse «urbaine» de Trois-Rivières, qui ne compte pas plus de 800 habitants (Tableau 1.1)¹²¹. Il faut donc s'attendre à voir des variations du niveau de mortalité en fonction de la densité de la population, du lieu de résidence et selon les époques. Cette affirmation pourra être vérifiée dans le troisième chapitre de ce travail.

Danielle Gauvreau, pour sa part, dispose davantage de données qui s'étendent jusqu'à la fin du Régime Français. Celle-ci présente les taux de mortalité infantile pour la ville de Québec à partir des recensements et des registres paroissiaux qui lui ont permis de reconstituer les familles établies dans la capitale. Ainsi, l'auteure obtient deux séries de résultats après les corrections des données selon deux méthodes : d'après celle des intervalles entre les naissances, pour la période s'étendant du début de la colonie en 1621 jusqu'en 1679, la chercheuse obtient un taux de 152‰, pour 1680-1719 un taux de 279‰ et enfin pour la période 1720-1759, 414‰. Avec l'autre méthode (celle des prénoms répétés), moins sujette à souffrir des lacunes existantes dans les registres paroissiaux, elle en arrive respectivement pour les trois périodes à 177, 263 et 335‰ ce qui lui semble plus proche de la réalité de l'ampleur du phénomène¹²².

Enfin, la mortalité infantile a aussi été désagrégée par Gadoury et al. selon ses deux composantes et toujours selon le lieu d'habitation. Ils ne découvrent pas de différences vraiment significatives pour la mortalité des enfants de moins d'un mois (endogène) entre les enfants des villes et ceux des campagnes (127 contre 119‰). Puisque les décès endogènes résultent des conditions et traumatismes de la grossesse et de l'accouchement, cette absence de disparité pourrait être expliquée par le partage identique des conditions de vie entre les mères des villes et celles des campagnes. La colonie était encore essentiellement rurale et le caractère urbain n'étant pas encore acquis à part entière (densité de la population peu élevée). De ce fait, l'environnement dans lequel vivaient ces femmes était encore suffisamment neuf et sain et la détérioration de la salubrité pas encore dramatique au point d'avoir une conséquence accrue (de façon endogène) sur la santé des mères et sur celle de leurs nourrissons.

¹²¹ PERIERS, Hélène. «Une ville à la campagne: Trois-Rivières sous le Régime français, profil démographique». Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (démographie). Université de Montréal, novembre 1992. p. 117-119.

¹²² GAUVREAU (1991), *op. cit.*, p. 180.

Malgré cela, il ressort que la mortalité des enfants décédés entre le second et le douzième mois de leur vie (exogène) est près de deux fois et demie plus élevée en ville qu'en campagne avant 1700, avec 154‰ contre 67‰. La même raison que précédemment peut être suggérée, à la nuance près que l'environnement dans lequel vit l'enfant, incluant l'hygiène, l'eau, la nourriture, le manque de soins et la faible densité de la population, agissent cette fois directement (et de façon exogène) sur la survie de l'enfant en campagne par rapport à celui des villes :

«Tout porte à croire que celles-ci [les villes canadiennes], malgré leur caractère embryonnaire à l'époque étudiée [avant 1700], portaient déjà en elles des conditions de vie assez défavorables pour diminuer la durée de vie des enfants et des adultes»¹²³

Au même titre que l'écart de niveau entre les lieux de naissance, si l'écart de niveau entre la mortalité endogène et exogène est déjà si marqué avant 1700, il est fort probable qu'il le sera plus encore au fil du siècle suivant quand le caractère urbain des villes sera bien plus perceptible. Il s'agit d'une autre hypothèse qui nécessite vérification.

2.2.3. Mortalité selon le statut social de la famille

Les études considèrent la profession de l'époux pour classer les familles dans des catégories sociales puisqu'en effet, à l'époque, le conjoint était exclusivement ou presque pourvoyeur de fonds à sa famille. Ainsi, les voyageurs et les manouvriers (cabaretiers, soldats, journaliers et domestiques) font partie de la classe inférieure, les gens de métiers et les habitants (laboureurs et cultivateurs) forment la classe moyenne, les nobles et les bourgeois (seigneurs, officiers militaires; marchands, administrateurs et fonctionnaires) constituent la classe supérieure¹²⁴.

Bien que les périodes circonscrites par les chercheurs ne coïncident pas forcément, elles offrent malgré tout une idée des niveaux de la mortalité infantile selon le statut social. Lorraine Gadoury, dans sa thèse, expose ses résultats sur les quotients de mortalité des enfants issus de la noblesse en Nouvelle-France. Elle présente dans un premier temps ses quotients par période : au XVIIe siècle, le niveau serait de l'ordre de 165‰, qui est plus faible que celui obtenu pour l'ensemble de la population par Charbonneau en 1975 (1640-1729 : 211‰). Concernant l'époque suivante (1700-1734), Gadoury parvient à un

¹²³ GADOURY et al. (1985), *op. cit.*, p. 377-378.

¹²⁴ LANDRY, Yves et Hubert CHARBONNEAU. «Démographie différentielle et catégories sociales en Nouvelle-France». dans *Actes du XV^e Congrès international des sciences historiques* [Bucarest] (Editura Academiei Republicii Socialiste România, 1982), IV, p. 1152-1153.; GADOURY et al., *op. cit.*, p. 358-361.

quotient de mortalité infantile de 331‰. Évoquons de nouveau les résultats de Jacques Henripin (1954) : 246‰ pour 1700-1730. La situation des nobles semble alors se dégrader au XVIII^e siècle au détriment du reste de la population. Ceci est confirmé dans la période suivante délimitée par Gadoury : 480‰ entre 1735 et 1765, soit près d'un enfant de la noblesse sur deux décède avant son premier anniversaire¹²⁵.

Quant à la thèse portant spécifiquement sur les comportements démographiques de la bourgeoisie en Nouvelle-France¹²⁶, Carles Simo Noguera obtient des taux de mortalité infantile comparables aux quotients de Gadoury : 180‰ pour tout le XVII^e siècle, 292‰ pour la période 1700-1724 et enfin 452‰ pour celle s'étendant de 1725 à 1760. Ces résultats corroborent de nouveau de la détérioration des conditions de vie : celles des bourgeois tendent à rejoindre celles des nobles¹²⁷. La pratique plus répandue de mise en nourrice n'est certainement pas étrangère à la hausse de ces taux et quotients.

Les résultats de Danielle Gauvreau sont quant à eux moins évidents à interpréter du fait qu'ils sont attribués pour la totalité de l'existence de la Nouvelle-France (1621-1760) et seulement pour la ville de Québec, en milieu urbain. Si l'on s'en remet à la classification des strates sociales qui ont été définies précédemment, il se dégage que les enfants d'officiers militaires et civils et les marchands constituant la classe supérieure ont un taux de mortalité infantile d'environ 232‰, les enfants d'artisans (classe moyenne) de 329‰ et ceux des journaliers (classe inférieure) de 413‰. Ces données traduisent bien l'idée première de Gadoury affirmant que les nobles, au départ, sont favorisés pour la survie des enfants – seulement en milieu urbain ici – comparativement aux deux autres catégories sociales. L'effet de période est toutefois neutralisé dans ces résultats (140 ans), et n'autorise malheureusement pas de distinguer l'évolution des taux selon la catégorie sociale, en milieu urbain et selon des périodes délimitées¹²⁸. Sous cet angle, il serait alors digne d'intérêt d'en faire un examen plus en détail.

Enfin, comme pour la section précédente, Gadoury expose ses quotients selon la distinction entre la mortalité endogène et exogène : comme nous pouvions nous y attendre

¹²⁵ GADOURY, Lorraine. *La noblesse de Nouvelle-France : familles et alliances*. Ville La Salle: Éditions Hurtubise HMH, 1992, p. 142-143.

¹²⁶ Les bourgeois sont considérés comme «*l'élite sociale non-noble qui émerge au sein de la société d'Ancien Régime grâce aux bénéfices acquis dans le monde du commerce et aux positions de plus en plus importantes occupées dans l'administration*». SIMO NOGUERA, Carles. *Le comportement démographique de la bourgeoisie en Nouvelle-France*, Thèse de doctorat, Montréal : Université de Montréal, 1995, p. 13.

¹²⁷ SIMO NOGUERA (1995), *op. cit.*, p. 276-278.

¹²⁸ GAUVREAU (1991), *op. cit.*, p. 183-184.

(pour les trois mêmes délimitations de période que l'auteure a utilisées pour le quotient de mortalité général des enfants nobles), la mortalité de type endogène augmente légèrement (respectivement pour les trois périodes : 74, 87 et 113‰) comparativement à celle de type exogène (155, 322, 476‰) dont l'accroissement est bien plus prononcé. Ces résultats traduisent une nouvelle fois la dégradation des conditions de vie des nobles (et la mise en nourrice), que l'on retrouvait principalement à Québec, Trois-Rivières et Montréal. Il en est par ailleurs de même avec les bourgeois, constatation faite par Simo Noguera avec un niveau de mortalité endogène de l'ordre de 75‰ (avant 1700), de 98‰ (1700-1724) et de 99‰ (1725-1760). La mortalité exogène, pour les mêmes périodes, serait quant à elle de l'ordre de 105, 194 et 352‰. Simo Noguera évoque à juste titre que, plus la mortalité infantile est forte, plus sa composante exogène augmente en importance relative¹²⁹.

2.3. Mortalité exogène

Si la mortalité des enfants s'accroît par sa composante exogène au cours du XVIII^e siècle, c'est parce que cette croissance prend sa source à la fois par la façon dont est nourri et élevé l'enfant¹³⁰ et par les conditions extérieures dans lesquelles il vit. Or, ces conditions extérieures sont elles mêmes tributaires des mœurs et manières de vivre de l'époque, à savoir une hygiène personnelle et publique rudimentaires assujetties à la fois aux mentalités fermées et à l'absence de connaissances sur les effets néfastes de l'insalubrité. Il est indubitable que de telles pratiques, pour soi, pour l'enfant et pour la communauté deviennent un terrain propice à la présence de troubles digestifs et de maladies infectieuses entraînant le décès. Dans cette section, il n'est pas question de réaliser l'historique des crises épidémiques et des disettes¹³¹ mais d'attester que l'absence de gestes prophylactiques a prédisposé la colonie à subir assidûment des fléaux sociaux.

2.3.1. Les pratiques d'allaitement mercenaire : facteur différentiel

L'estimation de la mortalité des enfants placés en nourrice relève du défi statistique. Puisque la pratique de la mise en nourrice n'est pas un devoir sacramentel, elle est très peu mentionnée dans les sources paroissiales lorsque le nourrisson décède. Il est en effet délicat de connaître les réels effectifs de nourrissons sachant que certains – trop peu –

¹²⁹ SIMO NOGUERA (1995), *op. cit.*, p. 277; GADOURY (1992), *op. cit.*, p. 143-144.

¹³⁰ Ce point sera traité dans la partie suivante.

¹³¹ Leur existence dans l'histoire du Québec ancien et leur impact sur la vie des tout-petits sera traitée dans le troisième chapitre.

survivent à cette pratique, même s'ils furent adéquatement allaités¹³². Avec une série d'hypothèses, il est toutefois accessible d'estimer la proportion des enfants qui, non allaités par leurs mères, sont susceptibles d'avoir été envoyés chez des mères nourricières – surtout dans les campagnes environnantes des centres urbains, notamment par la durée de l'intervalle entre les naissances, dont la longueur varie en fonction de la durée de l'allaitement. Les techniques développées, dont nous ferons usage dans le second chapitre, révèlent qu'à la fin du XVIIe siècle à Québec, au moins 4% des enfants ont été envoyés en nourrice, et près de 15% au début du siècle suivant¹³³.

Richard Lalou estime pour sa part à près de 27% les enfants issus de familles favorisées urbaines placés¹³⁴. Même s'il s'agit de statistiques approximatives et certainement sous-estimées, il reste néanmoins que cette proportion paraît crédible en sachant qu'une proportion d'enfants était confiée à des nourrices à domicile par les familles les plus nanties, qu'une proportion d'enfants a survécu à cette pratique, que d'autres sont décédés durant le transport d'une famille à l'autre et que l'enregistrement des décès de certains nourrissons a soit été volontairement omis, soit perdus par les épreuves du temps.

Étant donné que ces estimations se basent sur des données limitées (avant 1730), il y a fort à parier que la proportion d'enfants placés en nourrice au cours du XVIIIe siècle franchisse le seuil d'un tiers, et ce, à mesure que la société élitiste se forge à l'image de celle de la France. Ce point est donc essentiel à vérifier dans la suite de ce travail, en ce qu'il pourrait expliquer de beaucoup la mortalité différentielle selon le statut social de la famille. En effet, Lorraine Gadoury a tenté d'estimer les quotients de mortalité des enfants nobles en fonction de la mise en nourrice. L'auteure obtient pour le XVIIe siècle un quotient de 103‰ pour les familles sans mise en nourrice contre 236‰ pour les familles avec. Ces quotients grimpent respectivement à 231 contre 302‰ (1700-1734) puis à 315 contre 368‰ pour la période 1735-1765. Même si l'écart entre les quotients se rétrécit à mesure que sont franchies les décennies, la mise en nourrice explique bel et bien une partie de la surmortalité infantile dans les villes¹³⁵.

¹³² Les enfants ne sont âgés que de quelques heures ou de quelques jours lorsqu'ils sont transportés, quel que soit le climat, chez leur mère nourricière. Beaucoup moururent avant d'atteindre leur destination.

¹³³ GAUVREAU (1987), *op. cit.*, p. 58-59. Dans ces proportions, sont largement représentés les enfants d'officiers militaires et civils, ainsi que celle des marchands.

¹³⁴ LALOU (1997), *op. cit.*, p. 171-183.

¹³⁵ GADOURY (1992), *op. cit.*, p. 144-146.

2.3.2. Les crises épidémiques

En dépit des conditions de vie favorables dont a profité la colonie pendant plusieurs décennies, celle-ci n'a pu échapper à des crises de mortalité dont ont pâti adultes et enfants au XVIIIe siècle. Au mépris aussi des conditions climatiques, les maladies infectieuses, importées lors de l'arrivée des navires, sévissaient davantage en hiver :

«Il est vray que le Canada est froid depuis la my novembre jusqu'au commencement d'avril; qu'il y a des neiges qui couvrent la terre pendant ce temps la; mais loin que le froid et les neiges soient prejudiciables, ils produisent de l'avantage car le froid purifie l'air de toutes maladies et rend les corps robustes, cela est si vray qu'on ne voit point de maladies contagieuses en Canada, si elles n'y sont apportées d'ailleurs comme il est arrivé plusieurs fois depuis 20 à 25 ans; par le peu de précaution qu'on a eu lorsque les navires qui y transportoient des troupes de France qui avoient contracté des maladies dans leurs traverses, y sont arrivées, et par les commerces deffendus qu'on a fait avec les Anglois de la nouvelle angleterre d'ou on a porté plusieurs maladies qu'ils contractent avec les Isles de l'amérique qui ont causé beaucoup de mortalités parce que la bonne constitution des corps des canadiens, les rends beaucoup plus susceptibles du mauvais air que ceux des Européens»¹³⁶

Ce cas de figure se reproduira plus qu'à l'accoutumée au XVIIIe siècle jusqu'à devenir endémique autour de la cession de la colonie. Même si «*la Conquête n'est pas un évènement bien perceptible dans l'histoire démographique canadienne-française*», tel que le mentionne Jacques Henripin, il reste que le changement de gouvernement n'est pas un facteur d'amélioration – à court terme – des conditions sanitaires puisque des maladies infectieuses s'immisceront encore sous le Régime Britannique¹³⁷. Cet état endémique n'est pas étonnant si l'on se fie aux propos rapportés par André Lachance :

«Au début, les Canadiens boivent l'eau du Saint-Laurent. Mais la composition de l'eau se gâte au fur et à mesure que l'on utilise le fleuve comme dépotoir municipal. Les ordures et les déchets, les restes et les carcasses d'animaux tués par les bouchers y sont jetés à marée basse. Polluée par toutes ces ordures, l'eau du fleuve peut provoquer des diarrhées. Toutes sortes de maladies gastriques et des fièvres intestinales»¹³⁸

¹³⁶ RUETTE D'AUTEUIL, François-Madeleine-Fortuné. *Mémoire sur l'état présent du Canada à son altesse royale le Duc d'Orléans régent de France dans le Conseil de Marine*, 12 décembre 1715, C-2386, Vol. 40, fol. 244.

¹³⁷ Recensement du Canada 1608-1876, Statistiques du Canada, Ottawa, MacLean, Roger et Co., 1878, p. 166-169.

¹³⁸ LACHANCE André. *La vie urbaine en Nouvelle-France*. Montréal, Éditions Boréal, 1987, p. 75-76.

En effet, un règlement daté du 11 mai 1676 par les autorités coloniales invite les bouchers à transporter à la rivière le sang et les immondices, sous peine de 10 livres d'amende¹³⁹. Il est indubitable que la constatation et la conscience des méfaits de cette insalubrité accompagnée d'une hygiène publique et personnelle rudimentaires aient porté les autorités coloniales à prendre des mesures préventives visant au moins à freiner la propagation de fléaux infectieux puisque les connaissances de l'époque étaient insuffisantes pour les éradiquer.

2.3.3. Tentatives de prévention

Tant que les crises de variole ou de typhus ne touchaient que les Premières nations ou les soldats dans les terres reculées (Pays d'en-haut notamment ou dans les forts¹⁴⁰), il semble qu'il n'y ait pas eu de grandes inquiétudes de la part des autorités devant le risque qu'elles atteignent les paroisses coloniales. Lorsque les maladies contagieuses font leur réelle apparition, croit-t-on en 1669-1670 à Québec¹⁴¹, les premiers règlements incitent les résidents à nettoyer le seuil de leur maison et à n'y jeter aucun déchet. Le sieur Deschambault, pour la paroisse de Montréal, réitérait les propos tenus en 1676 en enjoignant «*propriétaires et locataires qui occupent des maisons en cette ville de nettoyer le devant de leurs emplacements, et d'ôter tous les bois, fumiers, vidanges des caves et autres embarras et immondices pour les transporter en des lieux où ils ne puissent pas incommoder le public, à peine de 10 livres d'amende*»¹⁴². A priori, ces ordonnances sont peu respectées si l'on en juge par leurs récurrences régulières tout au long du siècle suivant.

Il reste cependant que le principe de prévention était bien présent dans l'objectif de ces règlements. Il ne s'agissait pas seulement de réaliser une esthétique odorante. En effet, d'après la compilation réalisée par Denis Goulet et André Paradis sur l'histoire médicale au Québec, on apprend dans l'article 7 des *Règlements de la ville de Québec* passés en 1698, que les paroissiens ne doivent formellement jeter par les fenêtres

¹³⁹ *Règlements, extraits des ordonnances, arrêts, etc.* de MM. de Mézy, de Tracy, de Courcelle, de Frontenac, Talon et de Boutroue, 11 mai 1676, dans MASSICOTTE, Edouard-Zotique. *Répertoire des arrêts, édits, mandements, ordonnances et règlements : conservés dans les archives du Palais de justice de Montréal, 1640-1760*. Montréal, G. Ducharme, 1919. vi, p. 16.

¹⁴⁰ Les correspondances relatant des ravages causés par ces maladies sont abondantes d'après nos recherches dans les archives.

¹⁴¹ Il s'agirait d'une épidémie de variole, mais cela reste à confirmer. GOULET et PARADIS (1992), *op. cit.*, p. 176-177.

¹⁴² Ordonnance de M. Deschambault, 14 avril 1698, dans MASSICOTTE, Edouard-Zotique (1919), *Répertoire des arrêts.....*, p. 51.

«aucune eaux, saletés et ordures [...] afin d'éviter les maladies»¹⁴³. Un tombereau est désormais mis à la disposition des habitants au printemps afin de transporter hebdomadairement leurs immondices. Une nouvelle fois, les égards des habitants envers ces ordonnances ne semblent pas avoir été grands comme en témoigne leurs émissions périodiques.

Au XVIIIe siècle, constatant l'apparition cyclique de certaines maladies infectieuses, les autorités paraissent plus alertes en ce qui a trait aux périls infectieux provenant de l'extérieur, c'est-à-dire des vaisseaux de la marine royale. En deux ou trois mois de traversée transatlantique, inexistantes sont les fois où aucun décès ou malade à bord n'est mentionné en accostant à Québec. Fréquents sont aussi les cas où les capitaines de navire débarquent gens et marchandises infectés sans autorisation préalable. Pour les survivants malades, la coutume veut alors qu'ils soient conduits à l'Hôtel-Dieu de Québec afin d'y être soignés. L'absence de connaissances en prophylaxie ne mettra pas à l'abri les corps sains au contact des corps vérolés, rougeoleux ou typhoïdeux provenant des navires¹⁴⁴.

Ainsi, lorsque sévira la grande peste de Marseille au cours de l'été 1720¹⁴⁵, de réelles mesures quarantaine seront prises en émettant successivement deux ordonnances spécifiant les précautions exactes à respecter à la fois par les capitaines de vaisseaux et les habitants. La seconde ordonnance (révoquée en 1724) ainsi que la délibération du conseil de marine à son endroit sont reproduits dans l'Annexe 1.1A et 1.1B. D'après nos recherches, ce fléau que constitue la peste n'a pas été introduit dans les terres coloniales ni même après leurs cessions aux mains des Britanniques. Il faut croire soit à la chance qu'aucun membre des vaisseaux en provenance de la Méditerranée n'en ait été infecté soit à l'efficacité des mesures préventives décrétées.

Il n'en reste pas moins que malgré tous les efforts fournis par les autorités, les épidémies font fréquemment leurs apparitions dans l'histoire du Québec ancien, surtout au XVIIIe siècle. Après la Conquête, en 1763, les autorités britanniques apporteront aussi leurs concours à la volonté de se prémunir voir d'éradiquer les maladies en instaurant

¹⁴³ GOULET et PARADIS (1992), *op. cit.*, p. 178.

¹⁴⁴ Citons les cas des navires *Saint-André* (1659), *le Fourgon et le Mulet* (1685), *La Gironde* (1697), *La Belle Brune* (1710), *Le Rubis* (1740), *Le Léopard* (1756). GOULET et PARADIS, *op. cit.*, p. 175-184.

¹⁴⁵ En août 1720, au paroxysme de la maladie qui a ravagé près de la moitié de la population marseillaise (50 000 morts) par une grande négligence des autorités locales, il se produisait environ 1 000 décès journaliers. CARRIERE, Charles, Marcel COURDURIÉ et Ferréol REBUFFAT. *Marseille, ville morte. La peste de 1720*. Éditions Jean-Michel Garçon, 1988, 371 p.

d'effectives lois sur la quarantaine des navires potentiellement porteurs d'agents pathogènes¹⁴⁶. Durant près de vingt ans, le gouvernement britannique suivra aussi de très près à l'aide de médecins, l'évolution du *Mal de la Baie Saint-Paul* (1773-1791), autrement dit la syphilis, dont est atteint un grand nombre de personnes¹⁴⁷. La prévention de maladies infectieuses s'exprimera également par l'application de l'inoculation contre la variole, dont nous avons déjà touché un mot.

2.3.4. Les disettes et les famines

Pour alourdir les conditions de vie parfois difficiles des habitants, il fallait bien qu'à l'image des métropoles française et anglaises, quelques disettes (ou famines en temps de guerre) s'immiscent de temps à autres dans le quotidien des Canadiens. Elles sont le fruit des caprices climatiques de la nature (sécheresses, gelées, pluies) qui provoquent des mauvaises récoltes. Les vivres n'étant pas en abondance, leur rareté influe sur les prix et sur leur accessibilité¹⁴⁸. Nos recherches dans les archives ont été fructueuses et retracent au moins une disette ou une menace sérieuse de disette par décennie à partir des années 1690, soit au moment où la colonie connaît un essor démographique et où la dépendance des paroisses «chef-lieu» des gouvernements internes se fait tranquillement ressentir sur les campagnes environnantes¹⁴⁹.

Les disettes tirent surtout leurs origines des récoltes peu abondantes de pois et de blé, fournisseur par excellence de farine, ingrédient indispensable à la base alimentaire que constitue le pain quotidien. Toute espèce de grains est soumise aux volontés de Dame Nature et les autorités tentent de compenser le manque de ressources en distribuant les vivres ou semences stockés dans les magasins du Roy ou en demandant expressément aux métropoles d'envoyer des denrées pour pallier aux disettes qui sévissent.

Il n'est pas évident de mesurer l'impact direct et différentiel (en âge) de ces disettes sur la vie des enfants sachant que la majorité d'entre eux sont nourris au sein et que le moment exact du sevrage est inconnu. L'effet indirect des disettes pourrait à la limite être

¹⁴⁶ GOULET et PARADIS (1992), *op. cit.*, p. 190-191.

¹⁴⁷ Selon la nature de l'agent syphilitique, qui n'est pas forcément vénérienne mais peut-être congénitale, il est possible que dans le troisième chapitre, nous voyions trace de son impact sur la vie des tout-petits avant 1779.

¹⁴⁸ Puisque l'économie de la colonie était essentiellement basée sur le commerce du blé, il est arrivé au moins à deux reprises, sous les intendances frauduleuses de Michel Bégon (1710-1726) et de François Bigot (1748-1760), qu'une exportation massive vers l'Île Royale et les Antilles et une concentration des blés aux mains de certains marchands aggravent la crise de subsistance.

¹⁴⁹ Pour ne pas alourdir le texte, nous rapporterons seulement un résumé des points essentiels qui ressortent du dépouillement de lettres anciennes.

perçu par le biais du statut nutritionnel de la mère. Mais là encore, les causes précises de décès des enfants de moins d'un an (et des adultes) n'étant pas inscrites dans les actes de sépulture, si plus d'enfants qu'à l'accoutumée décèdent en temps de disette, une partie indéterminée de ces décès ne peuvent qu'être soumis à l'hypothèse que ce soit par la «faiblesse de la santé nutritionnelle» de la mère qu'ils se sont produits, l'autre partie étant causée par des accidents et maladies infantiles divers ou des troubles congénitaux. Enfin, des études plus récentes ont accordé une attention toute particulière à l'impact des épidémies sur la survie immédiate des enfants et leurs conséquences à plus long terme.¹⁵⁰ D'autres traitent aussi de l'effet de la mortalité des mères sur la survie des enfants qui perdent les soins maternels par le décès précoce de leurs mères¹⁵¹. Ce point amène à l'exposition d'un schéma très complexe qui s'articule autour de la mère et de son enfant s'exprimant par des relations qui s'agencent autour de la reproduction et de la mortalité infantile.

3. REPRODUCTION ET MORTALITÉ INFANTILE: LE «NŒUD GORDIEN» DE LA DÉMOGRAPHIE

Les contextes économiques, politiques, socioculturels et religieux dépeints en grandes lignes et dans lesquels naissaient et vivaient les petits Canadiens d'autrefois n'expliquent pas la totalité des causes de leur décès. Outre l'aspect contextuel, il faut s'en remettre aux aspects biologiques et physiologiques dont les fonctionnements communs n'étaient pas connus à l'époque. Et pourtant, leurs importances respectives valent largement la peine que nous nous y attardions. La littérature sur le sujet a démontré à quel point la fécondité et la mortalité sont deux phénomènes démographiques étroitement liés.

L'argumentation concernant l'articulation des multiples facteurs opérant entre la fécondité naturelle et la mortalité des enfants requiert d'ailleurs d'user de circonspection en regard de la complexité des relations. Il faut premièrement mentionner que chaque facteur n'a pas forcément une influence uniforme sur la mortalité infantile. L'effet de certains se fait ressentir avant l'accouchement ou dès les premiers jours de vie de l'enfant (mortalité périnatale), dans le premier mois de vie (mortalité néonatale), voire entre le

¹⁵⁰ GAGNON, Alain et Ryan MAZAN. «Does exposure to infectious diseases in infancy affect old-age mortality? Evidence from a pre-industrial population». *Social Science & Medicine*, Volume 68, Issue 9, May 2009, Pages 1609-1616. MAZAN, Ryan, Alain GAGNON et Bertrand DESJARDINS. «The Measles Epidemic of 1714- 1715 in New France». *Canadian Studies in Population*, Vol. 36.3-4, Fall/Winter 2009, p. 295-319.

¹⁵¹ PAVARD, Samuel, Alain GAGNON, Bertrand DESJARDINS et Évelyne HEYER. «Mother's death and child survival: the case of early Quebec». *Journal of Biosocial Science*, Vol. 37, 2005, 209-227.

premier et le onzième mois révolus (mortalité post-néonatale). La distinction entre les composantes de la mortalité infantile paraît alors indispensable.

L'élaboration des liens entre fécondité et mortalité des enfants ne doit pas être circonscrite à ceux joignant la santé de la mère à celle de ses enfants. Les facteurs environnementaux, sociaux ou culturels que nous avons déjà abordés et sur lesquels nous ne reviendront pas ici, influent sur la santé et la vie des protagonistes. Des variables démographiques interviennent également dans le processus jouant un rôle attesté sur les risques de décéder qu'un enfant, replacé dans le contexte familial, encourt.

Eu égard à l'étroite relation réciproque demeurant entre reproduction et mortalité infantile, les intervalles intergénérationnels conjuguent de multiples agencements enrichissant la complexité des chaînes causales. Celles-ci sont alimentées par un (ou plusieurs) facteur(s) de confusion, c'est-à-dire un facteur qui affecte l'effet apparent d'un facteur d'exposition sur la probabilité d'observation d'un événement. Le facteur de confusion est une variable corrélative au facteur d'exposition et compose un risque supplémentaire. Ces facteurs confondants s'expriment, dans notre cas, par l'issue de la grossesse précédente (mort-né, survie ou décès d'un aîné direct), par la prématurité d'un enfant (durée de la grossesse) et par le mode d'allaitement (durée, mise en nourrice).

Il s'avère que la mesure de l'effet de certains facteurs s'avère difficile voir impossible dans le cadre de populations anciennes, faute de données adéquates. Néanmoins, il semble opportun de signaler leur présence puisqu'à moins d'un démenti, ces facteurs non observables empiriquement jouent un certain rôle hypothétique. La contrainte principale relative à l'explication de tous les facteurs impliqués dans le cadre conceptuel de la mortalité infantile et de la reproduction en fécondité naturelle ne provient pas seulement de classer ces facteurs en groupes. Il faut aussi exposer progressivement (catégorie par catégorie) leur nature sans s'épancher à outrance sur un facteur ou groupe de facteurs n'ayant pas encore été expliqué. C'est là toute la difficulté quand une endogénéité complexifie les relations. Même si l'entreprise paraît délicate, nous allons tenter au mieux de démêler ce que nous pourrions qualifier de «nœud gordien» de la démographie.

Il convient toutefois de mentionner que la compréhension de ce sujet se réalise plus confortablement lorsqu'un cadre conceptuel édifiant tous les processus interagissant entre fécondité et mortalité infantile a été élaboré. Marie Vandresse exprime fort à propos que :

*«A conceptual model of the determinants of neonatal mortality needs to embody and clarify an understanding of the direct and indirect mechanisms leading to feto-infant death, such that relations within the model are interpreted from a causal point of view rather than being seen as a simple association between two or more variables».*¹⁵²

Dans le thème qui nous préoccupe, le fruit de notre réflexion s'est exprimé par la construction d'un cadre conceptuel, inspiré des nombreuses lectures qui ont été faites. La complexité des liens unissant fécondité naturelle a révélé combien il était indispensable d'élaborer ce schéma, intégrant à la fois des facteurs observables empiriquement et des facteurs dont le rôle est connu mais dont on ne saurait évaluer l'impact par insuffisance ou absence de données.

Le cadre conceptuel que nous avons construit (Figure 1.1) complète ceux de Richard Lalou puis de Mosley et Chen¹⁵³ qui ne concernaient que la mortalité néonatale précoce et tardive (mortalité de cause endogène) dans le premier cas, et les pays en voie de développement dans le second. Des éléments et des relations causales ont été rajoutés à la fois pour la mortalité endogène mais aussi pour la mortalité de cause exogène (de 1 à 11 mois révolus).

3.1. Facteurs génétiques

Il est possible que certaines femmes aient expérimenté plus que d'autres des risques élevés de mortalité infantile selon leurs caractéristiques. Edvinsson, Brändström, Rogers et Broström (2005) ont récemment observé pour deux régions en Suède (XIXe siècle) qu'au moins 50% des décès d'enfants de moins d'un an appartiendraient à seulement 10% des familles de leur échantillon de population qu'ils identifient comme étant des familles dites à «haut-risque»¹⁵⁴. Ceci suggère que les décès infantiles sont inégalement répartis au sein de l'ensemble des familles. Avec ce regroupement de décès d'enfants pour une petite proportion de familles, il est nécessaire de s'interroger sur la possibilité que la mortalité de ces enfants puisse être en partie de nature intergénérationnelle. Lindkvist et Broström (2006), pour la région de Skellefteå au nord-est de la Suède (1831-

¹⁵² VANDRESSE, Marie. «Estimation of a structural model of determinants of neonatal mortality in Hungary, 1984-88 and 1994-98». *Population studies*, Vol. 62, n°1, 2008, p. 86.

¹⁵³ LALOU (1997), *op. cit.*, p. 206; MOSLEY, Henry W. et Lincoln C. CHEN. «An analytical framework for the study of child survival in developing countries». *Population and development Review*, a supplement to Volume 10, 1984, p. 26 et 29.

¹⁵⁴ EDVINSSON, Sören, Anders BRÄNDSTRÖM, John ROGERS et Göran BROSTRÖM. «High-risk families: The unequal distribution of infant mortality in nineteenth-century Sweden», *Population Studies*, Vol. 59, n°3, 2005, p. 325.

1900), ont détecté une forte propension à expérimenter des décès infantiles héritée de mère en filles¹⁵⁵. Il existerait un important effet de la mortalité infantile vécue par les grand-mères sur celles de leurs petites-filles, en fonction de l'année de naissance et de la parité. Cet effet subsiste pour les petits-garçons, mais à un degré inférieur. Tremblay, Heyer et Roy (1998) ont été les seuls à considérer l'analyse intergénérationnelle de la mortalité infantile pour la population du Saguenay (Région au Nord de la ville de Québec) des XIXe et XXe siècles. Les auteurs trouvent que, pour les familles de 5 enfants et plus, la proportion d'enfants décédés dans la seconde génération (celle des filles) est d'autant plus grande que le nombre d'enfants décédés dans la première génération (celle des mères) est élevé¹⁵⁶. La relation est davantage visible pour les familles de 5 à 9 enfants. Bien qu'un effet de période de mariage soit mentionné à juste raison, il ressort qu'un lien intergénérationnel peut exister pour cette population.

3.2. Santé de la mère avant et pendant sa vie reproductive

Il aurait été étonnant que de vivre dans les conditions citées précédemment n'ait que peu d'impact sur la santé des mères. Un point qui, selon notre avis, est peu traité dans les études en démographie historique, est qu'il faut tenir compte de la santé de la mère durant sa jeunesse et pas seulement au moment de ses grossesses et de ses accouchements. Les lignes suivantes sont consacrées aux liens unissant la santé de la mère aux conditions socio-économiques, à l'environnement pathologique, les conditions politiques et climatiques, ses caractéristiques démographiques propres et la santé du fœtus (Figure 1.1).

3.2.1. Statut nutritionnel

Il a été démontré que les conditions de vie qu'ont connues les femmes depuis l'enfance ont des répercussions démographiquement observables au cours de leur vie reproductive. A ce propos, Yves Landry, dans une étude exhaustive, compare les comportements démographiques des Filles du Roy – ces jeunes femmes envoyées de France vers sa colonie – avec ceux des filles de la métropole et des Canadiennes de

¹⁵⁵ LINDKVIST, Marie et Göran BRÖSTRÖM. «Clustered Infant Mortality in an Intergenerational Perspective, Skellefteå 1831-1890». Conference Paper, 2006, 20 p.

¹⁵⁶ TREMBLAY, Marc, Évelyne HEYER et Raymond ROY. «D'une génération à l'autre : la mortalité en bas âge dans les familles saguenéennes (fin du XIXe siècle – début du XXe siècle), Annales de Démographie historique, 1998, 2, p. 146-147.

naissance¹⁵⁷. Il ressort clairement que ces immigrantes, en termes de fécondité, ont des comportements démographiques intermédiaires entre les Françaises du Nord-Ouest et les Canadiennes¹⁵⁸. Il est d'ailleurs avancé à plusieurs reprises, que ces comportements intermédiaires, exprimés par une moindre fécondabilité et une stérilité précoce, seraient entre autre le résultat d'une effective pauvreté et d'une mauvaise alimentation durant leur jeunesse. C'est pendant la croissance que les individus acquièrent leur degré de vigueur et de robustesse dépendamment de l'environnement dans lequel ils évoluent et ce bagage physiologique demeure pour le restant de la vie. Dans le cas de ces immigrantes françaises du XVIIe siècle, les bienfaits sanitaires de l'environnement et la richesse des terres canadiennes, dont ont bénéficié ces femmes durant leur vie reproductive, n'ont pas su contrebalancer les conditions néfastes vécues dans leur jeunesse¹⁵⁹.

3.2.2. Épuisement

L'épuisement corporel tient également sa place dans la santé de la mère. Il est clair que les femmes issues de l'élite sociale étaient certainement bien moins actives que celles travaillant les terres agricoles à la journée longue. De même, pendant que les premières confiaient leurs enfants à des mères nourricières, les secondes élevaient auprès d'elles leurs enfants et s'affairaient au mieux aux tâches domestiques. Même s'il a été signalé que les femmes de la campagne développaient une certaine robustesse de par leur vie difficile dictée par les travaux des champs¹⁶⁰, il n'en reste pas moins qu'en fécondité naturelle, les grossesses répétées¹⁶¹ combinées à des carences nutritionnelles assurément présentes¹⁶², les femmes finissent par vivre des états de fatigue intense. Comment occulter la santé générale d'une mère des conséquences qu'elle aura sur la qualité des soins accordés à ses enfants ainsi que sur la santé de l'enfant à venir ou du dernier-né?

¹⁵⁷ CHARBONNEAU (1970), *op. cit.*, p. 159; LANDRY (1992), *op. cit.*; LEMIEUX, Denise. «La famille en Nouvelle-France : des cadres de la vie matérielle aux signes de l'affectivité», dans Hubert Watelet, avec la collaboration de Cornelius J. Jaenen (édit.), *De France en Nouvelle-France. Société fondatrice et société nouvelle*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, coll. «Actexpress», 1994, p. 54-55.

¹⁵⁸ Ces constatations ont aussi été observées pour les pionnières françaises en Amérique du Nord. CHARBONNEAU et al. (1987), *op. cit.*, p. 90-95.

¹⁵⁹ Les comportements différentiels se sont exprimés notamment en termes de stérilité précoce, de durée des intervalles intergénéraliques, de dimension de la famille.

¹⁶⁰ GAUVREAU (1991), *op. cit.*, p. 156.

¹⁶¹ En moyenne tous les deux ans, si les enfants survivent et sont allaités.

¹⁶² Dépendamment de la qualité et quantité des récoltes, de la présence de famines ou de guerres.

3.2.3. Déplétion maternelle

Très tôt dans les recherches en démographie, le syndrome de déplétion maternelle a été mentionné comme étant une des causes indirectes de mortalité infantile¹⁶³. La déplétion maternelle, autre forme d'épuisement, se produirait lorsque la mère expérimente successivement des grossesses rapprochées, ne procurant que trop peu de temps pour que celle-ci reconstitue ses réserves nutritionnelles. Les conséquences se manifestent de plusieurs façons, dont la qualité du lait (fonction nutritive et immunitaire), des pertes fœtales, un retard de croissance du fœtus, une propension à avoir des enfants prématurés dont le petit poids et la fragilité à la naissance leurs accordent moins de probabilité de survie.

3.2.4. Transmission exogène par le fœtus

Il a été mentionné plus haut que la vie quotidienne des populations anciennes était souvent affectée par la présence de maladies contagieuses, et c'est le cas pour la Nouvelle-France. A ce propos, Lalou a introduit l'idée que ces causes exogènes de décès pouvaient se manifester sous la forme endogène pour les nouveau-nés par le biais du fœtus¹⁶⁴. Bien qu'en principe les agents pathogènes n'affectent pas directement la période périnatale ou néonatale des enfants, ces agents menacent la vie des tout-petits par l'entremise du placenta¹⁶⁵, notamment sous forme de maladies congénitales, malformations, d'hypotrophie et de prématurité.

L'état de santé de la mère est un facteur indissociable de celle de ses enfants, se répercutant à divers degrés sur la vie infantile. En d'autres mots, les carences nutritionnelles assurées, l'épuisement physique par les travaux domestiques ou les grossesses successives compromettent nécessairement la qualité et la quantité du lait maternel et les soins portés au nouveau-né. Il n'est pas inconnu des chercheurs que

¹⁶³ Concept introduit par le nutritionniste Derrick Brian Jelliffe au début des années 60. HOBcraft, John N., J. W. MACDONALD et S.O. RUSTEIN. «Child-spacing Effects on Infant and Early Child Mortality». *Population Index*, Vol. 49, n°4, 1983, p. 585. MILLER, Jane E. «Birth Intervals and Perinatal Health: An investigation of Three Hypotheses». *Family Planning Perspectives*, Vol. 23, n°2, March/April 1991, p. 64.

¹⁶⁴ LALOU (1997), *op. cit.*, p. 213-214.

¹⁶⁵ Cette annexe embryonnaire n'aurait pas été imperméable aux virus de la variole : Lalou met en évidence que la mortalité néonatale précoce (enfants âgés de moins d'une semaine) a été plus forte lors des deux premières crises de variole en Nouvelle-France en 1700 et 1703. Le virus variolique se serait donc transmis dans le cas où les mères n'auraient encore jamais contracté la maladie. LALOU (1990), *op. cit.*, p. 228-230; LALOU (1997), *op. cit.*, p. 214-215.

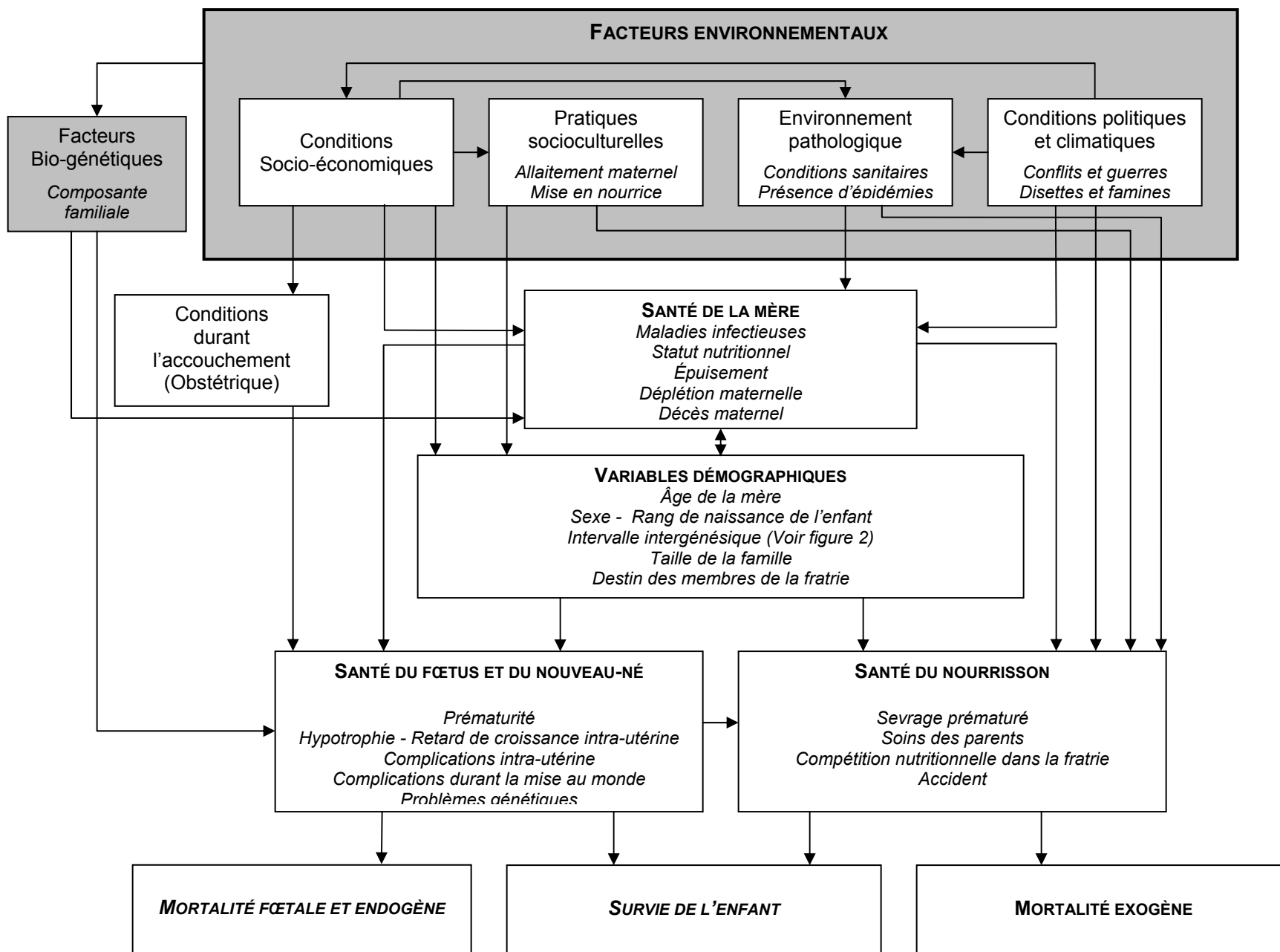


FIGURE 1.1 Cadre conceptuel de la mortalité infantile et de la reproduction en fécondité naturelle

l'enfant risque de naître et d'être sevré prématurément¹⁶⁶ mettant indubitablement en péril sa vie. Par ailleurs, dépendamment de l'âge de la mère, son décès précoce ou son sevrage provoquent un retour de l'ovulation, rendant la mère de nouveau fécondable. La durée de conception d'un nouvel enfant est alors relativement courte, risquant une nouvelle fois une naissance prématurée et donc un intervalle court. Cette chaîne causale consent maintenant à intégrer dans notre argumentation la santé de l'enfant, tributaire des caractéristiques démographiques et des composantes familiales.

3.3. Santé de l'enfant : variables démographiques et biologiques

Cette section replace l'enfant dans le contexte familial et constitue le cœur du nœud gordien de la reproduction et de la mortalité infantile (Figure 1.2). La littérature est considérable sur l'observation de l'impact des variables démographiques, tels l'âge de la mère, le rang de naissance, la taille de la famille, et le destin des membres de la fratrie, sur les risques encourus de décéder avant sept jours, avant un mois ou avant son premier anniversaire. Les facteurs biologiques, comme la fertilité, la prématurité, l'allaitement maternel ont aussi été largement traités. Les recherches passées, surtout en mode multivarié, ont justement dégagé l'impact différentiel de ces variables sur la vie des tout-petits¹⁶⁷. Afin de ne pas distinguer excessivement les variables démographiques des variables biologiques (intervalles, fécondabilité et facteurs confondants) et d'occulter du coup les fortes interactions entre ces deux groupes, nous intégrerons certaines de ces relations liant les variables biologiques aux variables démographiques dans cette section.

3.3.1. Âge de la mère, parité et sexe de l'enfant

L'âge de la mère à la naissance de l'enfant, probablement un des premiers facteurs étudiés en temps de fécondité naturelle, dépend fortement de l'âge au mariage¹⁶⁸. Il a été établi que les mortalités néonatale et infantile sont moindres pour les femmes de 25-29 ans. Des femmes trop jeunes ou proches de la fin de leur vie reproductive risquent davantage la vie de leur progéniture. De même, les risques de décéder s'accroissent avec le rang de naissance, avec un creux pour les rangs 2 à 5¹⁶⁹.

¹⁶⁶ Ou bien nourri trop tôt par des bouillies inadéquates. LEMIEUX (1985), p. 112-114.

¹⁶⁷ Dépendamment des sources, des populations étudiées et des méthodes et contrôles privilégiés, les résultats des chercheurs ne correspondent pas toujours. Seuls les résultats prépondérants seront présentés.

¹⁶⁸ Voir section 4.2.

¹⁶⁹ CHARBONNEAU (1970), *op. cit.*, p. 181; HOBcraft, John N., J. W. MACDONALD et S.O. RUSTEIN. «Demographic Determinants and of Infant and Early Child Mortality: A Comparative Analysis». Population

Néanmoins, âge de la mère et rang de naissance sont fortement corrélés en ce sens où seules les femmes âgées contribuent aux rangs élevés¹⁷⁰. Plusieurs études ont contrôlé le rang de naissance afin de distinguer l'effet de l'âge de la mère¹⁷¹. Il s'avère que les risques de décéder des premiers nés avant un mois diminuent lorsque l'âge de la mère à la naissance s'accroît, tout du moins jusqu'à 30 ans. Par la suite, les risques augmentent probablement par l'aggravation des charges et en relation avec les caractéristiques parentales¹⁷². Ceci confère le titre de facteur endogène à l'âge de la mère - celui-ci n'ayant aucun effet sur la mortalité post-néonatale, et le moment où les risques sont les moins élevés (20-29 ans) correspondant à celui où la femme est la plus fertile¹⁷³. Il est largement acquis également que les petits garçons étaient plus enclins à décéder que leurs homologues du sexe opposé¹⁷⁴. Les raisons avancées sont d'ordre biologique.

3.3.2. Taille de la famille

La taille de la famille est également corrélée avec l'âge de la mère au mariage. Plus une femme s'est mariée jeune, plus vite elle débute sa vie reproductive. La relation ne se résume cependant pas à ce point. La dimension finale d'une famille est associée à la durée des intervalles intergénéraliques, aux pratiques d'allaitement et aussi au destin des enfants. Les bourgeoises et les nobles, même si elles tendent à prendre conjoint plus tardivement que les autres femmes et du fait qu'elles envoient leurs enfants en nourrice, s'exposent rapidement à de nouvelles grossesses¹⁷⁵ et par conséquent, expérimentent des intervalles entre naissances courts et des parités élevées. La taille de la famille est

studies, 39, n°3, 1985, p. 368; PEBLEY, Anne R., Albert I. HERMALIN et John KNODEL. «Birth Spacing and Infant Mortality: Evidence for Eighteenth and Nineteenth Century German Villages», *Journal of Biological Science*, 23, 1991, p. 453; DESJARDINS, Bertrand. «Family Formation and Infant Mortality in New France» (Chap. 10) dans BIDEAU Alain, Bertrand DESJARDINS, Hector PEREZ-BRIGNOLI. *Infant and Child Mortality in the Past*. Oxford ; Toronto : Clarendon Press, 1997, p. 177-179.

¹⁷⁰ Inversement, toutes les familles participent aux rangs faibles.

¹⁷¹ WINIKOFF, Beverly. «The Effects of Birth Spacing on Child and Maternal Health». *Studies in Family Planning*, 14 (10), p. 232; CHARBONNEAU (1970), *op. cit.*, p. 180-181; KNODEL, John et Albert I. HERMALIN. «Effect of Birth Rank, Maternal Age, Birth Interval and Sibship on Infant and Child Mortality : Evidence from 18th and 19th Century Reproductive Histories». *American Journal of Public Health*, Vol. 74, n°10, 1984, p. 1100-1102; KNODEL (1988), *op. cit.*, p. 86-92.

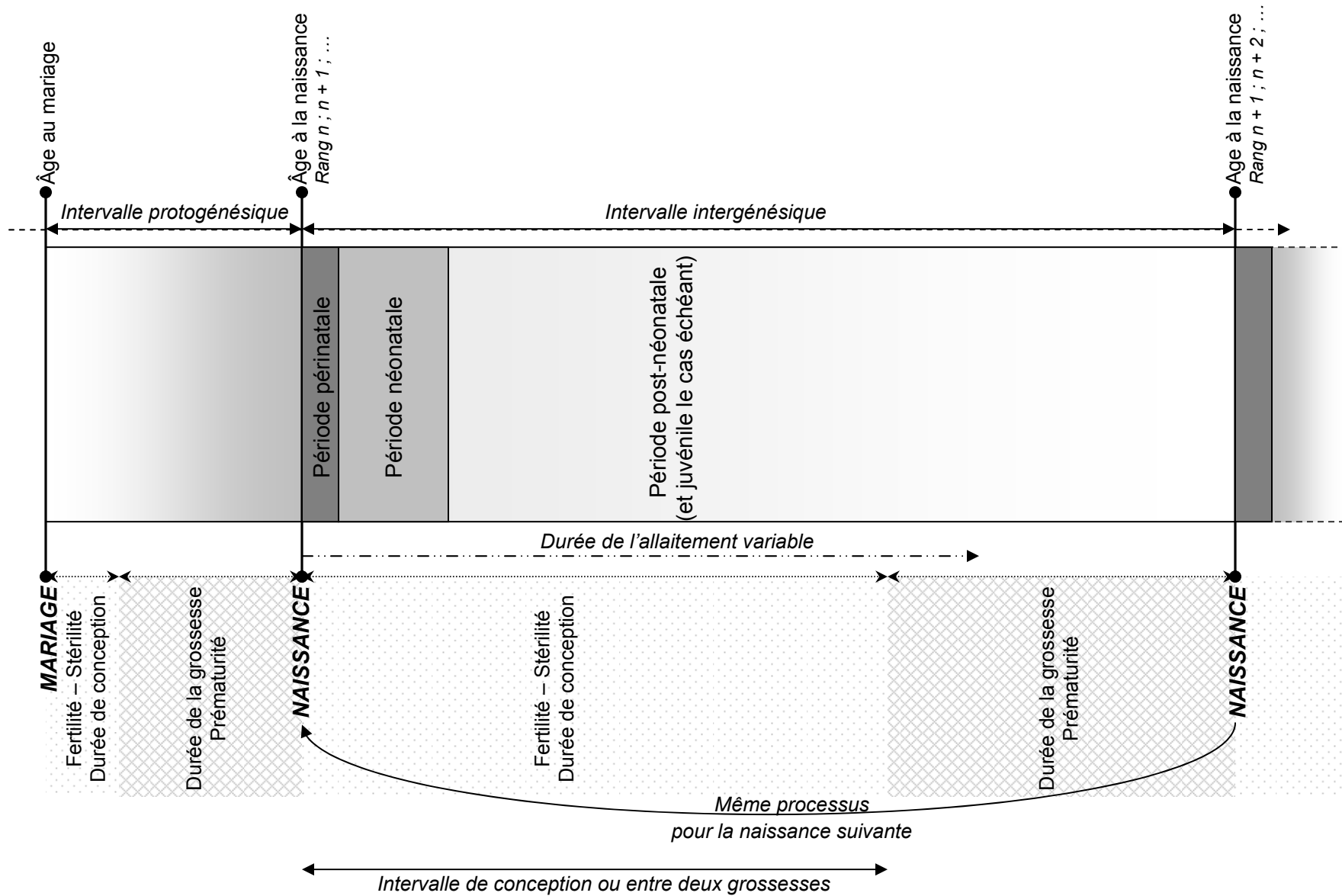
¹⁷² HENRY, Louis. «La mortalité infantile dans les familles nombreuses», *Population*, 4, 1948, p.638-639, 644; HOBBCRAFT et al. (1985), *op. cit.*, p. 367-368.

¹⁷³ HENRIPIN (1954), *La population canadienne...*, p. 59-83; GANIAGE (1963), *op. cit.*, p. 88-90; VALMARY (1965), *op. cit.*, p. 188-123; CHARBONNEAU (1970), *op. cit.*, p. 97-99; GANIAGE (1988), *op.cit.*, p. 154-166; CHARBONNEAU et al. (1987), *op. cit.*, p. 86-89; MILLER (1989), *op. cit.*, p. 485; LANDRY (1992), *op. cit.*, p. 188-193.

¹⁷⁴ GAUVREAU (1991), *op. cit.*, p. 182; MILLER (1989), *op. cit.*, p. 487-8

¹⁷⁵ L'aménorrhée post-partum provoquée par la lactation est absente dans ce cas et sa durée est celle entre la délivrance d'une grossesse et le retour de l'ovulation (environ 1 mois).

FIGURE 1.2 Schéma explicatif des composantes de la fécondité naturelle^{1,2}



Notes : 1. Les flèches bidirectionnelles démontre la variabilité des durées
2. Aucune échelle de temps n'a été intégrée

aussi rattachée à la fertilité féminine, au temps mort et à la stérilité temporaire, résultant elle aussi des conditions de vie et du passé reproducteur des femmes¹⁷⁶.

Par ailleurs, la taille de la famille influe sur le risque de décéder avant un mois et un an sous la forme d'un «J» allongé, le risque minimum étant respectivement pour les rangs 2 à 3 et 4 à 6 pour Knodel (Allemagne). Peu de relations ont été identifiées pour l'effet du rang de naissance selon un contrôle de la dimension familiale; à l'inverse, en ne sélectionnant que les familles de parités élevées, la courbe conserve son allure en «J» citée précédemment¹⁷⁷. Nonobstant, les familles très nombreuses ne sont pas légion.

3.3.3. Les intervalles protogénésique et intergénésiques

La durée de l'intervalle protogénésique, mais surtout celle des intervalles intergénésiques sont indubitablement les facteurs démographiques les plus étroitement corrélés avec des facteurs biologiques. L'intervalle protogénésique est constitué de la durée entre le début de l'union et la première naissance. Sa comparaison avec le premier intervalle intergénésique permet d'identifier si les mères allaitent leurs enfants, ce dernier étant affecté par l'aménorrhée post-partum causée par la lactation. Au demeurant, dès les années 20, Hughes et Woodbury traitaient déjà de l'effet univarié de la durée des intervalles intergénésiques sur les probabilités de décéder avant un an. Il appert qu'un écart de moins de 12 mois est néfaste pour les nouveau-nés¹⁷⁸. La multitude de recherches qui ont suivi ces travaux corroborent largement ces résultats.

Toujours est-il que la relation est bien plus complexe. Tel que l'illustre la Figure 1.2, la durée d'un intervalle entre deux naissances est subordonnée à la durée de conception et à celle de la grossesse. Or, la durée de conception est elle-même tributaire de la fertilité, inhibée en cas d'allaitement maternel, réhabilitée en cas de non-allaitement (volontaire, sevrage, mise en nourrice, décès maternel) ou décès de l'enfant¹⁷⁹. La durée de la

¹⁷⁶ Hypothèse avancée que quelques Filles du Roy, par leur passage dans les éprouvants hôpitaux parisiens, aurait été exposées à des agents syphilitiques, qui auraient empêché ces immigrantes d'atteindre les mêmes niveaux de descendance finale que les Canadiennes. CHARBONNEAU et al. (1987), *op. cit.*, p. 95.

¹⁷⁷ KNODEL (1984), *op. cit.*, p. 1100-1102; KNODEL (1988), *op. cit.*, p. 86-92; DESJARDINS, (1997), *op. cit.*, p. 179-181.

¹⁷⁸ HUGHES, Elizabeth. «Infant mortality». Children's Bureau Publication n°112, U.S. Department of Labor, Washington, 1923, p.44 ; WOODBURY, Robert M. «Causal factors of Infant Mortality». Children's Bureau Publication n°142, U.S. Department of Labor, Washington, 1925, p. 60-61.

¹⁷⁹ Les causes du décès d'un enfant sont multiples : prématurité, hypotrophie, problèmes génétiques, sevrage prématuré du à une nouvelle grossesse, déplétion maternelle, compétitions nutritionnelle, soins inadéquats, accident, maladie infectieuse...

grossesse ou la prématurité est d'un autre côté une incidence de la durée de conception. Ainsi, les intervalles intergénéraliques sont un facteur fondamental dont la nature pourrait être métaphoriquement qualifiée de kaléidoscopique.

Il reste qu'analyser en profondeur l'effet de la durée des intervalles entre naissances par ses composantes sur celles de la mortalité infantile requiert de disposer de données appropriées. En dépit de la richesse et la qualité des documents anciens d'où la démographie historique peut exercer ses fonctions, il reste que les informations disponibles limitent nos champs de recherches et conduisent les chercheurs à poser des hypothèses, émanant d'études plus récentes qui disposent, quant à elles, de sources diversifiées et davantage exhaustives¹⁸⁰.

Détaillons maintenant un peu l'intrication des intervalles : nous venons de préciser que les intervalles courts (-12 mois) étaient dangereux pour le cadet de deux enfants nés successivement¹⁸¹. A l'opposé, des intervalles très longs (36+ mois) sont aussi reconnus pour leurs effets perniciose et sont souvent conséquents de l'âge avancé des mères, de leur santé, des famines ou des guerres¹⁸². L'intervalle entre naissances s'accroît aussi avec le rang de naissance. Les intervalles très courts ou très longs sont rares pour les premiers rangs. Il faut y voir ici un autre effet de l'âge, les très jeunes femmes vivant ce que l'on appelle la stérilité des adolescentes¹⁸³. En 1963, Jean Ganiage, analyste de trois villages en Île-de-France, observe une sélection des femmes selon la dimension de leur famille. La durée moyenne des intervalles normaux et après décès s'amoinde à mesure que la famille s'agrandit. Intrinsèquement, les durées de conception et de grossesse s'amenuisent aussi. Trois facteurs sous-jacents ont été identifiés comme étant analogues aux familles nombreuses : la prématurité, le destin de l'enfant précédent et l'allaitement.

¹⁸⁰ C'est pourquoi dans ce travail, nous avons enrichi nos connaissances auprès d'études démographiques contemporaines.

¹⁸¹ Nous verrons dans la section suivante qu'ils le sont aussi pour l'aîné de deux enfants.

¹⁸² HENRIPIN (1954), *La population...*, p. 84-5; WOLFERS, David et Suzann SCRIMSHAW. «Child Survival and Intervals between Pregnancies in Guayaquil, Ecuador». *Population Studies*, vol. 38, n°3 (1975), p. 485; WINIKOFF (1983), *op. cit.*, p. 237; KNODEL (1984), *op. cit.*, p. 1104; GANIAGE (1988), *op. cit.*, p. 192; MILLER (1989), p. 487.

¹⁸³ HENRIPIN (1954), *La population...*, p. 84-5; GANIAGE (1963), p. 92-3 et p. 95; GANIAGE (1988), *op. cit.*, p. 189-192; VALMARY (1965), *op. cit.*, p. 133-6. WOLFERS et SCRIMSHAW (1975), *op. cit.*, p. 485, trouvent que l'intervalle est peu affecté par le rang de naissance.

3.3.4. Les facteurs confondants : nécessité d'un contrôle

Les trois facteurs qui viennent d'être cités sont autant de facteurs confondants qui influencent indirectement la durée des intervalles intergénésiques et qui affectent de façon différentielle la vie des tout-petits. Capter l'effet réel de chacune de ces variables exige encore une fois d'avoir à portée de main les renseignements indispensables. Rares sont les cas où l'inscription des enfants nés avant terme a été réalisée dans les vieux registres. Ceci rend la tâche ardue voire impossible pour les historiens démographes d'effectuer un contrôle statistique sur la prématurité quand seuls les intervalles intergénésiques sont connus¹⁸⁴. Néanmoins, des méthodes indirectes permettent d'évaluer l'impact des intervalles entre naissances quand le destin de l'enfant n'est pas connu, et quand il y a présence ou absence d'allaitement.

3.3.4.1. Prématurité

Un intervalle intergénésique court (moins de 12 mois) comporte proportionnellement plus d'avortements spontanés, de mort-nés et d'enfants prématurés que n'importe quel autre intervalle. Cela ne signifie pas que ces intervalles courts provoquent forcément des grossesses qui n'arriveront pas à terme. Les travaux de Jane Miller sont, à ce propos, très instructifs. Elle soulève le souci de travailler avec des durées d'intervalles et les exclusions qu'ils impliquent. En effet, dans un intervalle de 12 mois, pour une durée de conception de 4 mois, un enfant né au bout de 7 mois sera inclus dans l'intervalle intergénésique (11 mois), alors qu'un enfant né à terme ne le sera pas (13 mois). Durant l'intervalle court arbitrairement choisi, davantage d'enfants prématurés que d'enfants nés à terme composeront les intervalles¹⁸⁵.

L'excès de mortalité péri- et néonatale est causé par la prématurité. En réalité, l'effet de la durée de conception s'exprime au travers de la durée de la grossesse. Un contrôle de la durée de la grossesse permet d'extirper cet effet. Une analyse bivariée écarterait malheureusement l'effet confondant de la prématurité. Il ressort que les enfants conçus en dessous de 6 mois après leur aîné direct auraient 50 à 80% plus de risques de décéder au cours de la période néonatale, de naître prématurément et d'être petit pour l'âge de croissance (hypotrophie)¹⁸⁶. Certaines femmes sont également portées génétiquement à

¹⁸⁴ WINIKOFF (1983), *op. cit.*, p. 237. Cela sera notamment notre cas.

¹⁸⁵ MILLER (1991).

¹⁸⁶ WINIKOFF (1983), *op. cit.*, p. 237 et 240; FEDRICK, Jean et Philippa ADELSTEIN. «Influence of Pregnancy Spacing on Outcome of Pregnancy». *British Medical Journal*, 1973, 4, p. 756; WOLFERS ET SCRIMSHAW (1975), *op. cit.*, p. 488; WINIKOFF (1983), *op. cit.*, p. 240; MILLER, (1991), *op. cit.*, p. 65-

ne pouvoir mener leur grossesse à terme. La prématurité suscite des réflexions quant à la fragilité résultante de ces nouveau-nés au-delà de leur premier mois de vie, mais aussi sur la fréquence des grossesses inachevées dans les familles nombreuses. Il s'avère tout à fait approprié d'apporter une dimension familiale à la prématurité et à la durée des intervalles entre naissances en portant en exergue le destin des membres de la fratrie.

3.3.4.2. *Destin de l'aîné direct et des enfants précédents*

Quels que soient l'âge de la mère à l'accouchement, le rang de naissance et la taille de la famille, les recherches passées explicitent que la durée de l'intervalle intergénéralique moyen s'accroît avec la durée de l'allaitement de l'enfant précédent. Cette première remarque peut sembler un tant soit peu anodine mais indique fort à propos l'effet naturel contraceptif et nutritif de l'allaitement maternel¹⁸⁷. A l'inverse, les intervalles après décès sont toujours plus courts que les intervalles normaux (survie de l'aîné). La survie de l'aîné réduit les risques de mortalité chez l'enfant suivant de par l'allongement de l'intervalle, le temps de recouvrance suffisant pour la mère, et l'inhibition d'une compétition pour les soins et les ressources nutritives. En revanche, peu importe la taille de la famille et la longueur de l'intervalle, le décès de l'aîné direct s'avère néfaste pour le dernier-né¹⁸⁸.

Toutefois, l'effet de la durée de l'intervalle sur les risques de décéder avant un an apparaît seulement quand l'aîné a survécu. Le décès de ce dernier introduit une confusion dans la relation au travers de la durée de conception et de grossesse. De ce fait, les analyses excluent souvent les intervalles après décès afin d'écartier ce biais et capter d'avantage l'effet de l'intervalle intergénéralique sur le destin du cadet d'une famille¹⁸⁹ et en contrôlant la durée de vie de l'aîné. Ceci suggère que la dimension familiale des intervalles ne doit pas être négligée. La proportion d'enfants déjà décédés en bas âge¹⁹⁰ au sein d'une famille est aussi un facteur de risque pour les enfants suivants. Les risques de décéder encourus par le dernier-né sont accentués si la mère a auparavant vécu des

66. Jacques Dupâquier consacre un article complet sur la prématurité: DUPAQUIER, Jacques. «Pour une histoire de la prématurité». *Annales de Démographie Historique*, 1994, p. 187-202.

¹⁸⁷ HENRIPIN (1954), *La fécondité...*, p. 74; KNODEL, John. « Infant Mortality and Fertility in three Bavarian Village: An Analysis of Family Histories from the 19th Century». *Population Studies*, Vol. 22, n°3, November 1968, p. 310; WOLFERS ET SCRIMSHAW (1975), *op. cit.*, p. 485.

¹⁸⁸ GANIAGE (1963), *op. cit.*, p. 95; VALMARY (1965), *op. cit.*, p. 136-7; CHARBONNEAU (1970), *op. cit.*, p. 155-8; KNODEL (1984), *op. cit.*, p. 1100-1102; KNODEL (1984), *op. cit.*, p. 1104; PEBLEY et al. (1991), *op. cit.*, p. 450-1.

¹⁸⁹ WINIKOFF (1983), *op. cit.*, p. 237-238; KNODEL (1984), *op. cit.*, p. 1100-1102; PEBLEY et al. (1991), *op. cit.*, p. 450-1

¹⁹⁰ Moins souvent en démographie historique sont traitées les pertes fœtales, faute de données.

pertes fœtales ou des décès infantiles. La relation est d'autant plus grande que la famille l'est aussi, de par la succession d'intervalles courts et de grossesses répétées, qui à leur tour, entraînent épuisement et déplétion maternelle. Encore une fois dans notre cas, les pertes fœtales ne sont pas mentionnées dans les vieux documents et ne pourront être utilisées comme facteur de décès infantile.

3.3.4.3. *Mortalité maternelle, investissement parental*

Bien que peu fréquent, le décès d'une mère demeure l'une des principales cause de décès des enfants¹⁹¹. Une récente étude portée sur la population canadienne-française aux XVIIe et XVIIIe siècles, a démontré que plus le décès maternel survient tôt dans la vie d'un enfant, plus grands sont les risques que celui-ci décède avant son premier anniversaire. Ces risques demeurent plus élevés pour les enfants ayant perdus leur mère que ceux qui l'on encore, de 6 à 4 fois plus lorsque le décès maternel survient dans la période néonatale et post-néonatale de l'enfant. La perte des soins maternels, qui restreint fortement l'investissement parental dont pouvaient bénéficier le(s) enfant(s) acquiert son importance et constitue une explication à ce phénomène¹⁹².

3.4. *Éléments échappant à l'observation*

On conçoit aisément que la compréhension des multiples interactions entre la reproduction et la mortalité infantile en fécondité naturelle s'exécute avec moindre peine si tous les facteurs sont saisissables. Les historiens démographes se heurtent de coutume à l'absence indéfectible de données dont l'exploitation serait profitable pour l'avancée des connaissances dans les sociétés anciennes. Les données défailtantes soulèvent de nombreuses interrogations et concernent notamment les facteurs génétiques : à quel point participait l'environnement pathologique aux anomalies génétiques (Figure 1.1)? Quel en était l'impact réel sur la vie de l'enfant, tout autre facteur tenu constant? Quelles étaient les conditions réelles durant la grossesse et l'accouchement? Les informations dont nous disposons, ne fournissent pas toujours de détails quant à la présence d'une sage-femme lors des accouchements, et encore moins quant à ses compétences reconnues. De

¹⁹¹ Les mères décédées dans un maximum de 60 jours après leur dernier accouchement représentent entre 1 et 1,3% des mères au XVIIe siècle dans la population pionnière. CHARBONNEAU et al. (1987), *op. cit.*, p. 138-139.

¹⁹² Les auteurs ne se limitent pas à la période infantile. Leur analyse porte jusqu'à l'adolescence. Le décès de la mère influence significativement les probabilités de survie de ses enfants même longtemps après sa disparition, jusqu'à différencier ces probabilités entre ses garçons et ses filles. PAVARD et al. (2005), *op. cit.*, p.209-227.

même, quel était l'impact des soins en puériculture sur la vie de l'enfant¹⁹³ (emmaillotage, massage du crâne, attention) ?

Peu de documents font état d'enfants nés avant terme et aucun sur le moment de la conception. Il est alors difficile de traiter de l'impact de la durée de conception sur celle de la grossesse et de leurs effets conjoints surtout sur la mortalité périnatale et néonatale tardive. De même, les cas de mort-nés ou de fausses couches sont rarement cités, ceux-ci étant étroitement liés aux facteurs génétiques, à la fécondité et à la mortalité. L'analyse des pertes fœtales dans une perspective familiale s'avère tout autant abstraite. Pour clore cette section, la mention des causes de décès est aussi rarement inscrite. Leur connaissance accorderait particulièrement le pouvoir de classer les causes de mortalité exogène (nutrition, maladie, accident). Malgré toutes ces lacunes, nous disposons de données qui fournissent un minimum d'informations octroyant la possibilité de saisir quelques facteurs explicatifs de la mortalité infantile.

4. CONCLUSION DU CHAPITRE

A titre de péroraison, nous pouvons d'ores et déjà affirmer, suite à l'état des connaissances que nous avons réalisé dans ce chapitre, que l'enfant de France et l'enfant de Nouvelle-France se ressemblent et s'opposent à certains égards. En fait, les contextes, tout propres qu'ils soient à chacun des deux territoires, sont distincts mais se coalisent au final dans la mortalité infantile, le lien étant la culture française importée par les immigrants. La colonie, tout en développant ses propres attitudes et mentalités adaptées au contexte Nord-Américain, a fini par vivre les mêmes problèmes sociaux que sa grande sœur métropolitaine. Il y a d'ailleurs de fortes probabilités pour qu'après la cession de la colonie aux mains des Britanniques, ces attitudes et mentalités aient perduré pendant quelques décennies en signe de représailles ou de protection culturelle contre «l'envahisseur».

Un certain nombre d'hypothèses, qui seront vérifiées dans le troisième chapitre à l'aide des informations contenues dans les registres paroissiaux et d'état civil, peuvent être avancées, compte tenu des faits que nous avons évoqués. Même si un certain sous-enregistrement des événements (naissances et décès plus important en début de période)

¹⁹³ LEMIEUX (1985), *op. cit.*, p. 107-112.

est présent dans les registres¹⁹⁴, nous pensons que l'étude de la mortalité apparente (non-corrigée) donnera un bon aperçu de l'évolution de la mortalité infantile aux XVIIe et XVIIIe siècle (épidémies visibles) et accordera une désagrégation satisfaisante des données selon le sexe, le lieu de naissance et le statut social et les composantes endogènes (traumatismes de la grossesse et de l'accouchement) et exogènes de la mortalité (épidémies, non-allaitement, guerres).

Nous soupçonnons fortement que les conditions de vie bienfaites du XVIIe siècle ont été raréfiées dans le siècle suivant par l'intrusion fréquente d'épidémies et de guerres importantes (conflits avec les Amérindiens, guerre de Sept ans...), jouant un sérieux rôle dans la mortalité des enfants, même au début du Régime Anglais. Nous pouvons imaginer que cette dégradation des conditions de vie poursuive même son cours jusqu'à la fin du XVIIIe siècle¹⁹⁵.

Lors des périodes de mortalité de crise – notamment les épidémies dont l'étude statistique sera plus aisée, il est plausible que les maladies contagieuses n'affectent pas tous les enfants âgés de moins d'un an de la même façon. Étant donné que la mortalité infantile apparente risque d'être différentielle telle que mentionnée, il y a de fortes chances pour qu'elle le soit davantage lors de crises. De même, il est vraisemblable que pour cette cause de mortalité de nature exogène, il y ait une part des enfants de moins d'un mois dont le décès pourrait être imputé à une cause endogène, qui soit en réalité un décès de cause exogène. Nous pensons par contre qu'après la Conquête de la Nouvelle-France par les Anglais (1763), la fréquence et la virulence des épidémies et des guerres «anglo-canadiennes» affectent moins les enfants que durant les difficiles années qui précédèrent la capitulation de la Nouvelle-France. Ceci ferait en sorte que les niveaux de mortalité infantile (globaux et désagrégés) soient probablement de l'ordre de ceux observés durant la première moitié du XVIIIe siècle. Par ailleurs, il serait probable d'assister vers la fin du XVIIIe siècle à une lente baisse de ces niveaux d'après une éventuelle prise de conscience de sauvegarde de la petite enfance.

¹⁹⁴ Nous supposons qu'il sera moindre à mesure que nous nous approchons de la fin de période de recherche.

¹⁹⁵ André Lespérance en arrive à un quotient de mortalité infantile moyen de 330‰ pour la paroisse urbaine de Québec entre 1771 et 1870. LESPERANCE, André. «La mortalité à Québec de 1771 à 1870». Mémoire de maîtrise en démographie, Montréal : Université de Montréal, 1970, p. 49-50 et 58.

Il est difficile de se prononcer sur la tenue de la pratique de la mise en nourrice après la Conquête. Il est peu probable qu'elle ait été retirée en même temps que les milliers de membres de l'élite sociale, militaire et commerçante qui sont retournés en France ou qui se sont dirigés vers les Antilles, par crainte de perte des privilèges sociaux, d'autant plus que dans la culture anglaise, le *wet-nursing*, était tout aussi présent qu'en France. Si recul de la mise en nourrice il y a, il semblerait plus juste d'en attribuer l'origine aux changements profonds des mentalités qui se sont opérés un peu partout en Europe en matière de maternage grâce aux multiples écrits sur le sujet. Auquel cas, la conviction des vertus nutritives et immunisantes de l'allaitement maternel serait un atout de survie pour les nourrissons.

De la synthèse sur la synergie entre reproduction et mortalité infantile, ont été quelque peu éclaircies les interrelations des facteurs sous-jacents qui s'imposent au chercheur parfois de façon obscure. L'abondance de la littérature a prouvé qu'il était possible de saisir l'impact différentiel de facteurs individuels et communs sur le risque de décéder avant son premier anniversaire, sur la conception d'une nouvelle grossesse ou bien sur d'autres facteurs causaux. Cette saisie n'est acquise qu'après efforts et patience sur la recherche et la récolte des données, soumission à la vétusté des documents et à l'incomplétude des informations requises. L'entreprise d'une analyse sur ces deux phénomènes est cependant délicate et demeure asservie à des estimations – parfois grossières – mais néanmoins convaincantes. Nous n'échapperons probablement pas à ce cas.

Les écrits passés ont malgré cela fait valoir l'importance indirecte de certains facteurs, tels les facteurs environnementaux ou génétiques, mais il reste que le cœur du problème se situe davantage sur la santé de la mère et celle de ses enfants, où les composantes familiales prennent toutes leurs dimensions, notamment au travers des intervalles intergénéraliques et de leurs composantes. Dans notre dernier chapitre, nous tenterons au mieux de saisir quelques-uns de ces facteurs et de vérifier si nos résultats concordent avec les postulats soulignés dans la littérature dans la mesure où nos données le permettront. Toujours est-il qu'il reste encore beaucoup d'interrelations à explorer, et qui sait, peut-être un jour, serons-nous capables de tenir davantage compte de facteurs et serons-nous aptes d'élucider cette énigme démographique pour le plus grand bénéfice des sociétés actuelles, échos des sociétés passées.

CHAPITRE 2

SOURCE DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

«Presque tout le premier âge est maladie et danger»

Jean-Jacques Rousseau. *Émile, ou De L'éducation* (1762)

Ce second chapitre est consacré à la source de données et aux méthodes. La source fondamentale de ce travail étant celle des registres paroissiaux et d'état civil, il convient de s'interroger d'abord sur la régularité de leur tenue au cours de l'existence de la colonie française et de la qualité de leur contenu. Dès lors, une multitude de questions se bousculent. Ces documents ont-ils été introduits dès le début de la colonisation? La tenue des registres a-t-elle souffert des conflits politiques? Les informations relatives aux événements (naissance, union, décès) ont-elles été toutes inscrites dans les registres? Les officiants religieux ont-ils privilégié l'enregistrement d'un événement plus qu'un autre? Observe-t-on une qualité différentielle de l'enregistrement selon la période? Selon le lieu où l'office religieux se tenait? Selon le sexe de l'enfant, à sa naissance ou à son décès? Quelle est l'évolution, au cours de la période observée, de la proportion d'enfants dont le destin est inconnu?

Nous ne pouvons prétendre à répondre à toutes ces interrogations. D'ailleurs, un ouvrage complet a été réalisé sur les registres paroissiaux du Québec ancien par l'un de nos prédécesseurs¹. Dans le cadre de ce chapitre, il s'agit surtout de percevoir l'essence de ces documents, d'en juger la qualité, d'en apprécier la finesse et de déceler les imperfections qui risquent d'engendrer une adaptation statistique dans notre travail. Ayant constaté le potentiel que ces archives recélaient, les historiens démographes ont bientôt pensé à créer un outil facilitant l'exploitation de ces témoignages du passé. Au fil des décennies et du progrès informatique, cet instrument de recherche s'est construit et perfectionné jusqu'à se présenter sous la forme d'une base de données informatique riche

¹ LAROSE, André. *Les registres paroissiaux au Québec avant 1800: introduction à l'étude d'une institution ecclésiastique et civile*. Québec, ministère des Affaires culturelles, 1980. xviii - 298 p.

en renseignements biographiques. De cet outil, un examen approprié de la source de données est nécessaire et facilite grandement l'occasion d'en apprécier la qualité et d'en estimer les limites.

Dès lors, l'analyse des propriétés informatives des documents anciens nous fournit à la fois la possibilité de déterminer les indicateurs démographiques qui peuvent être construits à partir de ces écrits, d'estimer l'ampleur des lacunes qu'ils contiennent, d'en juger l'impact sur les résultats espérés et de là, d'en amoindrir les conséquences en adoptant des méthodes de corrections adéquates et efficaces. La connaissance de ces éléments sert de fondements pour toute étude approfondie de la mortalité des enfants puisque ces indicateurs dégagent des attitudes et des tendances propres à la population observée. Par conséquent, ces indicateurs encouragent une analyse explicative qui accorde la compréhension des comportements démographiques liés à la mortalité des enfants.

1. SOURCE DE DONNÉES

Bien que l'excellence de ces documents ait été mainte fois affirmée par nos prédécesseurs, il semble opportun de citer le patient travail qui a été accompli dans le dépouillement de ces documents à des fins scientifiques et qui constitue notre outil de recherche : le *Registre de la population du Québec ancien (R.P.Q.A.)*. Aussi, il demeure indispensable de vérifier la qualité de nos données en rapport avec notre sujet. En effet, la tenue et l'existence des registres n'ont été possibles que dans le respect des ordonnances ecclésiastiques émises, en fonction de la rigueur et de la constance des ministres du culte et aussi au mépris des avaries du temps. Il convient donc de s'enquérir, d'un point de vue critique, de l'impact de l'absence de renseignements nécessaires à notre étude sur la finesse des résultats espérés.

1.1. Présentation du Registre de Population du Québec Ancien (R.P.Q.A.)

Il faut attendre les années 60 pour que la reconstitution exhaustive de la population canadienne renaisse dans le cadre du *Programme de recherche en démographie historique (P.R.D.H.)* de l'Université de Montréal, programme alors sous la direction d'Hubert Charbonneau et de Jacques Légaré. Cette entreprise a nécessité la lecture des actes originaux du XVIIe jusqu'au XIXe siècle, tâche facilitée par leur microfilmage. Les

informations recueillies de ces actes ont été par la suite informatisées et sont à présent rassemblées dans le *Registre de la population du Québec Ancien* (R.P.Q.A.).

Ce registre informatisé contient les dossiers démographiques de tous les individus qui ont vécu dans la vallée du St-Laurent aux XVIIe et XVIIIe siècles. Chacun de ces dossiers contient des informations relatives à l'individu tels que son (ou ses) nom(s) de famille, son (ou ses) prénom(s), les noms et prénoms de ses parents, sa date de naissance et de décès ainsi que les lieux relatifs; les lieux, dates et les noms des conjoint(e)s avec qui l'individu a contracté un mariage, les liens filiaux avec d'autres individus et éventuellement son origine si le baptême de l'individu a été enregistré à l'extérieur de la Nouvelle-France. D'autres précieuses informations ont été intégrées : la profession, l'aptitude à signer, les causes de décès (lorsque mentionnées dans l'acte original), les ondoiements, l'âge au décès etc... La reconstitution longitudinale permet alors de retracer la généalogie de tous les Canadiens-Français depuis le début de la colonie.

1.2. La saisie informatique : l'état actuel des travaux

Le travail de reconstitution généalogique des familles canadiennes poursuit toujours son cours. A ce jour, le répertoire des actes d'État civil contient l'ensemble des actes de baptême, de mariage et de sépulture qui ont été informatisés et intégrés dans la base de données du *Registre de la population du Québec Ancien* de 1621 à 1799 inclusivement, ainsi que les sépultures de la période 1800-1850 de personnes décédées à compter de 50 ans (1800-1824) ou 75 ans (1825-1850), soit environ 759 400 actes. A cela, viennent se greffer environ 20 000 actes provenant de recensements nominatifs, de contrats de mariage, de réhabilitations ou annulations de mariage, de témoignages de liberté au mariage, de confirmations, de listes d'immigrants, de naturalisations, d'abjurations, d'entrées en religion, de listes de malades... Les informations tirées de ces actes ont permis la réalisation d'un dictionnaire généalogique. Les reconstitutions familiales incluaient, au moment d'effectuer le présent travail, tous les actes antérieurs à 1779.

1.3. La qualité des informations

Bien que l'application des principales ordonnances religieuses et civiles par les officiants religieux soient d'une extrême utilité, le contenu des actes² varie non seulement

² Pour approfondir ce sujet, voir les articles de Larose (1979) et de Roy et Charbonneau (1976).

dans le temps – ce qui peut paraître normal conséquemment aux prescriptions édictées – mais aussi selon le type de rédacteur (prêtre séculier, sulpicien, récollet)³.

«Faut-il considérer la tenue des registres paroissiaux bien plus comme l'expression d'un ensemble d'usages propres à chacun des rédacteurs et au groupe d'ecclésiastiques auquel il appartient, que comme la simple conséquence d'une réglementation officielle et générale?»⁴

Il subsiste également une variation dans la tenue des actes selon les régions de la Nouvelle-France durant une même période. Par exemple, les enregistrements d'évènements tels que les naissances, les mariages et les décès ne sont pas tous de la même qualité selon qu'ils se sont produits en ville ou en campagne. Il a été observé dans plusieurs études que la qualité des registres s'est même avérée supérieure en milieu urbain plutôt qu'en milieu rural. De même, des différences sont notées selon qu'il s'agit du décès d'une fille ou d'un garçon. Pareillement, il a été remarqué que la majorité des ondoyés décédés⁵ dont le sexe est inconnu seraient des filles. Par l'entremise de la vérification des inscriptions des dates de naissance et de décès, nous tenons à nous assurer qu'un délai trop long écoulé entre la naissance et le baptême puis le décès et la sépulture ne vienne biaiser nos résultats, surtout pour les enfants décédés durant la période néonatale (0 à 1 mois). En d'autres termes, il s'agit d'éviter que des décès post-néonataux (1 à 11 mois révolus) ne soient comptés comme des décès néonataux et vice-versa.

1.3.1. Les naissances et les baptêmes

Tous les individus – exceptés les ondoyés décédés, qui forment notre population d'étude possèdent un acte de baptême avec une date d'inscription connue. Les enfants pour lesquels l'âge au décès souvent imprécis est inférieur à un an et dont l'acte de baptême est absent, ont été écartés de notre sélection. L'imprécision de l'âge au décès mentionné dans les actes de sépulture risquerait de biaiser nos résultats en estimant une date de naissance. Entre 1621 et 1778⁶, sont à notre disposition 234 394 individus dont

³ Richard Lalou consacre une section intéressante de sa thèse sur l'enregistrement différentiel des actes de naissance et de décès d'enfants de moins de 7 jours, dépendamment du type de rédacteur, de son origine et de son appartenance à une communauté religieuse. LALOU, (1990), *op. cit.*, p. 111-121.

⁴ LALOU (1990), *op. cit.*, p. 94.

⁵ Nous rappelons la définition des ondoyés : nouveau-nés ayant reçu le sacrement de l'ondeoement par la sage-femme (ou homme présent) en raison de leur danger de mort. S'ils ne survivent pas jusqu'à leur baptême, nous n'avons trace de l'existence de ces enfants que par leur acte de sépulture.

⁶ 1621 est l'année du premier mariage enregistré en Nouvelle-France. Il ouvre la voie à la fondation d'une famille. 1778 est la dernière année d'observation des naissances. L'analyse projetée étant longitudinale,

l'acte de baptême nous est parvenu. De cette population, 112 657 sont des filles (48,1%), 118 921 des garçons (50,7%) et 2 816 des enfants dont le sexe est inconnu (1,2%)⁷. Relativement aux ordonnances qui ont été émises au sujet des inscriptions informatives des actes, il est légitime de se questionner sur la transcription de la date de naissance des baptisés⁸. A-t-elle été systématique dès le début de la colonie? Est-elle tributaire des évènements sociopolitiques et religieux qui ont marqué l'histoire des Canadiens-Français?

La mention de la date de naissance n'a pas été régulière : très peu inscrite avant 1650⁹ (28,0%), elle l'est entre 68 et 81% entre 1650 et 1700, illustrant une amélioration nette de la qualité de l'enregistrement en même temps que se met en place l'organisation religieuse du territoire. Après 1700 et jusqu'en 1778, la proportion se situe aux alentours de 90%. Il faut probablement voir dans ce progrès l'application plus systématique des formules de rédaction, suite à la mise en circulation du *Rituel du Diocèse de Québec* sur ordre de Mgr de Saint-Vallier en 1703. D'ailleurs, cela se fait ressentir entre les décennies 1690-1699 (80,2%) et 1700-1709 (89,9%). Une légère désaffection est perceptible les deux décades suivantes. L'enregistrement est le plus raffiné durant la période de trouble que constitue la Guerre de Sept ans (1756-1763) et la mise en place du gouvernement britannique (décennie 1760-1769) avec respectivement 90,1 et 91,4% d'actes de baptême comportant la date de naissance en sus de celle de baptême¹⁰.

1.3.2. Les décès et les sépultures

Nous disposons de la sépulture de 163 162 individus, 71 232 sont donc manquantes (30,4%), en majorité parce qu'elles sont survenues après la fin de notre observation systématique (1799). Nous savons aussi que 1 946 des sépultures manquantes (2,7%) sont celles d'enfants ayant migré hors du territoire avec leurs parents¹¹. Une grande proportion devait aussi relater de décès d'enfants dont l'âge était inférieur à un an. Des individus retrouvés, 56 464 concernent des enfants décédés avant d'atteindre leur premier

c'est au cours des années 1778 et 1779 que seront observés les décès d'enfants de moins d'un an nés l'année précédente.

⁷ Une compilation des effectifs d'actes de baptême par période et par sexe est disponible en annexe 2.1.

⁸ Les ondoyés décédés ne sont pas inclus de cette partie de l'analyse, ils seront traités plus loin.

⁹ Sur 253 actes nous étant parvenus, seulement 67 comportent une date de naissance. La petitesse du nombre d'actes implique des pourcentages sensibles aux variations.

¹⁰ Dans le cadre de cette recherche, nous ne cherchons à savoir seulement, à titre de précision, si la date de naissance (ou de décès) est mentionnée en sus de la date de baptême (ou de sépulture) et non pas si davantage d'évènements ont été omis durant la période de guerre. Il serait cependant intéressant d'évaluer les omissions lors de la guerre de la Conquête.

¹¹ Les départs n'étaient pas systématiquement enregistrés, de sorte qu'ils ne sont connus que de façon indirecte. Cette proportion de 2,7% est donc vraisemblablement une sous-estimation de la réalité.

anniversaire, ce qui représente 34,6% de l'ensemble des sépultures. Il semble que la fréquence de la mention d'une date de décès sur un acte de sépulture soit bien moins élevée que celle d'une date de naissance sur un acte de baptême. En effet, comme pour les naissances, le peu d'événements avant 1670 ne nous permet pas de déclarer avec certitude d'une dégradation de la qualité des enregistrements de sépultures¹²; toutefois, les décennies suivant cette date confirment tout de même que la date de décès n'est mentionnée qu'environ une fois sur deux voir une fois sur trois entre 1670 et 1730. Après 1730, une amélioration s'effectue jusqu'à avoir une date d'événement deux fois sur trois à la fin de la période.

Ces considérations concernant les dates d'acte et d'évènement intéressent le chercheur quant aux positions à tenir devant l'absence de la seconde date. En effet, il nous importe d'éviter les biais quant à l'âge au décès des enfants, et pour cela, connaître la date de naissance est indispensable. Or, au début de la colonie, le délai entre la naissance et le sacrement baptismal avait tendance à être plus long que celui souhaité par les autorités religieuses. C'est pourquoi, le 5 février 1677, Monseigneur de Laval rappelle instamment aux parents, sous peine qu'ils soient exclus de l'Église (temporairement ou de façon permanente), de faire baptiser leur enfant le plus rapidement possible après sa naissance afin qu'il accédât aux Cieux en cas de décès précoce.

En considérant que l'inhumation d'un individu se réalisait généralement vite après le décès, l'absence de la date de naissance est plus problématique dans le calcul de l'âge au décès, surtout si l'évènement a eu lieu plusieurs jours avant le baptême¹³. Dans ce cas, l'âge au décès d'un enfant est d'autant plus sous-estimé que le baptême a été célébré tardivement après la naissance. Certains enfants risquent d'être catégorisés comme étant décédés dans la période néonatale alors que ce n'est pas le cas. L'inverse est d'ailleurs aussi vrai pour les enfants pour lesquels nous disposons de la date de naissance et celle de sépulture. Dans ces conditions, un décès néonatal risque d'être comptabilisé comme un décès post-néonatal, si l'on tarde à rédiger la sépulture. Nous pensons toutefois que ces cas de figure se sont concentrés surtout en début de période (avant 1680), où le délai

¹² Avant 1680, peu nombreux étaient les officiants en Nouvelle-France et ceci les obligeait à se déplacer de paroisse en paroisse. Beaucoup d'actes étaient alors inscrits sur des feuilles volantes. Ces actes, à défaut d'avoir été reliés ou recopiés sur des registres par les prêtres, ont été perdus ou détruits. Une compilation des effectifs d'actes de sépulture par période et par sexe est disponible en Annexe 2.2.

¹³ CHARBONNEAU, Hubert. «Colonisation, climat et âge au baptême des Canadiens au XVIIe siècle». Revue d'histoire de l'Amérique française, Vol. 38, n°3, hiver 1985, p. 341-356.

écoulé entre la naissance et le baptême était plus long qu'à l'accoutumée (baptême dans les 3 jours suivant la naissance). L'impact de ce problème est ainsi limité.

1.3.3. Les ondoyés décédés

Outre les mentions de naissance ou de décès des enfants rédigés par les prêtres et les curés au temps de l'Ancien Régime français, il reste à étudier le cas des enfants ondoyés décédés. Il s'agit, souvenons-nous, de nouveau-nés décédés avant d'avoir reçu le baptême qui présentent les symptômes d'une mort imminente et dont la constatation amène un membre désigné (la sage-femme ou un homme) à utiliser un substitut au baptême – l'ondoisement, qui promet l'accès au Cieux à l'enfant en danger de mort. Dans notre population, 4 842 enfants décédés ont été sujets d'un ondoisement (2,1% des naissances), en plus de ceux baptisés. L'acte de sépulture des ondoyés contient toujours une date d'ondoisement¹⁴, date qui peut par ailleurs souvent être associée à celle de sa naissance, l'enfant ne survivant parfois que quelques heures. Cependant, tous les enfants qui ont été ondoyés ne sont pas forcément décédés en bas âge.

TABLEAU 2.1 Effectifs et fréquences (%) de l'inscription d'une date de décès ou de sépulture seule pour les ondoyés décédés selon le sexe (1621-1779)

Sexe	Date de décès connue		Date de sépulture seule		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Féminin	358	47,4	398	52,6	756	100,0
Masculin	562	41,8	784	58,2	1 346	100,0
Inconnu	956	34,9	1 784	65,1	2 740	100,0
Total	1 876	38,7	2 966	61,3	4 842	100,0

L'étude de ces ondoyés décédés, résumée dans un premier temps dans le Tableau 2.1, révèle que la date exacte de décès est mieux connue pour les filles que pour les garçons. Autrement, en règle générale, la date de décès exacte des ondoyés décédés, en

¹⁴ Il faut rester prudent quant aux ondoisements : en effet, très souvent, les dates d'ondoisement sont en fait la date de décès ou de sépulture de l'enfant. Puisqu'un enfant ondoyé décède très rapidement après avoir reçu le sacrement de l'ondoisement, la date d'ondoisement doit en principe être très proche de la date de décès.

plus de la date d'ondoiement n'est mentionnée que pour un peu plus du tiers des décès de ces enfants (38,7%), ce qui est relativement peu élevé.

D'après le Tableau 2.2, si l'on considère cette fois le type de date connue, il s'avère que le sexe féminin est quelque peu sous-représenté : une date de décès sur cinq ou une date de sépulture sur sept concerne une fille, comparativement à une date de décès sur trois ou une date de sépulture sur quatre qui est celle d'un garçon. Bien qu'il soit légitime de mettre en cause la plus grande fragilité des enfants de sexe masculin, un tel écart est suspect. Une hypothèse peut être avancée : il est fort probable qu'une grande partie des enfants déclarés de sexe inconnu (56,6%) soient concrètement des filles.

TABLEAU 2.2 Distribution des ondoyés décédés selon le type de date connue et selon le sexe (1621-1779) (Effectifs et fréquences (%))

Sexe	Date de décès connue		Date de sépulture seule		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Féminin	358	19,1	398	13,4	756	15,6
Masculin	562	30,0	784	26,4	1 346	27,8
Inconnu	956	51,0	1 784	60,1	2 740	56,6
Total	1 876	100,0	2 966	100,0	4 842	100,0

Pour soutenir cette affirmation, citons les justes arguments de Richard Lalou :

«...l'ondoyé décédé est un enfant qui n'a pas été baptisé par le curé et qui par voie de conséquence, ne possède pas de prénom légitime. Aussi, lorsque le curé doit en noter le décès, est-il dans l'obligation de mentionner le sexe de l'enfant; contrairement à un nouveau-né baptisé, dont le prénom est généralement suffisant pour nous renseigner sur le sexe. Or, cette déclaration nécessaire du sexe est sans doute à l'origine de l'enregistrement préférentiel des ondoyés décédés masculins [...]. Il est tout à fait possible, en effet, que devant le décès d'un ondoyé, le curé mentionnait plus fréquemment le sexe lorsqu'il s'agissait d'un garçon. Peut-être déclarait-il alors le décès sous le terme générique d'enfant, plutôt que par sa filiation»¹⁵

Le sous-enregistrement des décès d'enfants de sexe féminin ne semble pas s'être généralisé en dehors des ondoyés décédés.

¹⁵ LALOU (1990), *op. cit.*, p. 85.

1.3.4. Les «Obiit»

Un dernier cas particulier de sépulture, bien moins fréquent que celui des sépultures rapportant les ondoyés décédés, est présent dans les registres paroissiaux. Il s'agit des «*obiit*» signifiant littéralement «il, elle mourut». La note «*obiit*» en mention marginale d'un acte de baptême, indique que l'enfant baptisé est décédé. En général, il s'applique aux décès d'enfants en bas-âge et évitait au rédacteur d'écrire un nouvel acte pour rendre compte de la sépulture. *L'obiit* est obligatoirement suivi d'une date décès, le plus souvent en latin. D'autres fois, il est inscrit en marge de l'acte de baptême «*obiit die*» désigne que le nouveau-né est «mort de ce jour». Très peu, soit 643 de nos baptisés disposent d'une telle mention en marge de leur acte de baptême, coutume religieuse qui est présente majoritairement au XVIII^e siècle dans la colonie. 636 sont décédés avant leur premier anniversaire. De ceux-ci, 65,3% n'ont pas franchi leur premier mois de vie, 14,3% leur deuxième. Ainsi, le prêtre pouvait grandement se fier à sa mémoire quant à l'enfant concerné dont il devait noter *l'obiit* puisque le délai écoulé entre la naissance et le décès de l'enfant était court. Un tiers des *obiits* proviennent de Québec, deux tiers des zones rurales, aucun n'est relevé à Montréal. Au même titre que les ondoyés décédés, l'enfant de sexe masculin bénéficie plus souvent de cette mention (57,2%) que les filles (42,5%). Faut-il y voir encore une ségrégation selon le sexe ou bien la surmortalité masculine en bas âge ou encore le hasard? Les faibles effectifs compromettent toute réponse fiable.

1.3.5. Les destins inconnus : des origines à la fin du Régime Français

Il est toutefois nécessaire de mentionner que la proportion des individus dont nous possédons l'acte de baptême mais pas l'acte de sépulture est moindre entre chaque décennie écoulée. En d'autres termes, la part relative des individus dont on ne connaît pas le destin est moins importante à la fin du Régime Français qu'à ses débuts. En effet, si l'on en juge par le Tableau 2.3, alors que 27,3% des enfants nés durant la période 1621-1649 sont de destin inconnu par l'absence de sépulture, seulement la moitié des enfants nés entre 1740 et 1749 le sont aussi (13,4%). Cela signifie que les rédacteurs se sont évertués à enregistrer de mieux en mieux les décès de ces individus, quel que soit leur âge au moment du trépas¹⁶.

¹⁶ Les sépultures manquantes concernent ici tous les individus dont nous possédons un acte de baptême. Ne sont pas inclus dans notre sélection originelle les enfants dont nous savons par leur acte de sépulture qu'ils sont décédés avant l'âge de un an et dont nous n'avons pas l'acte de baptême.

Pour le chercheur non avisé, les trois dernières décennies laissent supposer une décontraction soudaine dans la rigueur d'inscrire les décès dans les registres. Bien que cette désinvolture coïncide fortuitement avec le début des conflits politico-territoriaux, il ne faut pas accorder ces deux éléments tels quels. En effet, une fraction de sépultures manquantes est celles d'individus ayant quitté le territoire (419 cas). Parce qu'ils ont émigré, seuls ou avec leur famille, leur acte de sépulture n'a pu être inscrit dans les registres de la colonie¹⁷. D'ailleurs, cela fut aussi le cas de personnes ayant migré avant 1750. Il faut chercher l'une raison de cette lacune en termes de sépultures dans l'achèvement de la base de données. Le travail de reconstitution étant actuellement en cours, une grande proportion de sépultures manquantes sont en fait celles d'individus décédés à 49 ans et moins entre 1800 et 1825, mais aussi 74 ans et moins entre 1825 et 1850. Par surcroît, les enfants nés après la Conquête sont aussi ceux qui n'eurent pas le

TABLEAU 2.3 Proportion des sépultures manquantes par période décennales (%)

Période	Individus avec baptême (1)	Sépultures manquantes (2)	Proportion de sépultures manquantes (%) (3)=(2)/(1)	Émigrants (4)	Proportion de sépultures manquantes expliquées par l'émigration (5)= (4)/(2)
1621-1649	253	69	27,3	16	23,3
1650-1659	684	174	25,4	30	17,2
1660-1669	1 732	463	26,7	87	18,8
1670-1679	3 878	996	25,7	166	16,7
1680-1689	4 525	906	20,0	147	16,2
1690-1699	6 468	1 098	17,0	205	18,7
1700-1709	9 110	1 466	16,1	152	10,4
1710-1719	11 274	1 649	14,6	112	6,8
1720-1729	15 544	2 169	14,0	144	6,6
1730-1739	21 568	3 200	14,8	262	8,2
1740-1749	26 823	3 607	13,4	207	5,7
1750-1759	35 650	7 498	21,0	263	3,5
1760-1769	46 475	19 590	42,2	124	0,6
1770-1779	50 410	28 347	56,2	32	0,1
Total	234 394	71 232	30,4	1 947	2,7

¹⁷ 445 personnes identifiées ont quitté le territoire après 1750. Pour 26 d'entre-elles, nous avons retrouvé leur acte de sépulture à l'extérieur du territoire. Un travail est actuellement en cours sur l'identification des individus, seuls ou en famille, qui ont quitté le territoire au moment de la Conquête. L'obtention de nos données étant antérieure à ce travail, une part des enfants ayant quitté le territoire avec leurs parents n'apparaissent pas dans notre fichier. Ils sont donc considérés de destin inconnu.

temps de se marier avant la fin du siècle. Si leur mariage fut célébré après l'année 1799, il ne permet pas pour l'instant de déterminer le destin de ces individus.

Le tableau précédent nous informe aussi qu'un peu moins du cinquième des sépultures manquante est expliqué avant 1700 par la migration des individus nés en Nouvelle-France. Ceci n'est pas étonnant compte tenu qu'au XVIIe siècle, la colonie subit des modifications territoriales, économiques, administratives et démographiques qui sont probablement la source de mouvements de population. Par déduction, les quatre cinquièmes des sépultures manquantes devraient s'expliquer soit par l'indolence (omissions volontaire) des rédacteurs, soit par leurs effectifs insuffisants (omissions involontaires), soit par la perte fortuite des documents. Il y a alors de grandes probabilités pour que les sépultures manquantes soient davantage celles d'enfants en bas âge que celles d'adultes¹⁸.

Nos données permettent aussi de déterminer si, en l'absence d'acte de sépulture, l'individu a vécu au delà de son premier anniversaire ou non. En effet, pour chaque personne possédant un acte de baptême, nous disposons de la date de dernière mention à laquelle l'individu est déclaré vivant. Il peut s'agir par exemple d'un acte ou d'un contrat de mariage ou d'un recensement. Si la date de dernière mention est celle de l'acte de baptême, cela signifie que l'individu demeure de destin inconnu. Si la date de dernière mention est postérieure à celle de l'acte de baptême, le calcul de l'intervalle en années révolues entre ces deux dates détermine le destin de la personne concernée. Ainsi, pour les 71 232 personnes dont on ne connaissait pas l'âge au décès faute d'acte de sépulture, nous savons que 32 401 d'entres-elles ont survécu au-delà d'un an (45,5%) et que 38 831 demeurent de destin inconnu (54,5%). Ainsi, ces derniers constituent seulement 16,6% de l'effectif total d'enfants constituant notre population d'étude (234 394 enfants).

¹⁸ Nous avons testé la qualité des sépultures enregistrées selon l'âge au décès (résultats non présentés). Il s'est avéré que la mention de la date de décès en sus de la date d'acte de sépulture n'est mentionnée que pour un enfant sur deux (moins de un an), comparativement aux adultes pour qui nous disposons des deux dates à 75% dès l'âge de 20 ans. Par la suite, il semble y avoir une corrélation entre l'âge au décès et l'inscription des deux dates. Ainsi, pour les individus décédés à 60 ans et plus, les deux dates sont connues pour 90% des cas. Cela laisse fortement présumer que les enfants étaient en effet moins « considérés » dans la société que les adultes et que l'inscription de leur décès (comparativement au baptême qui accorde l'accès aux cieux) était plus négligée. De plus, l'inscription du décès d'un adulte assurait la légitimité et la validité du remariage du conjoint survivant ainsi que le bon droit de la transmission des biens familiaux.

1.3.6. La profession du père de famille

Des nobles aux petites gens, l'activité professionnelle, est un indicateur – bien qu'imparfait – d'une certaine position sociale dont on ne peut se soustraire quand on sait qu'elle peut être la source d'une mortalité différentielle des enfants en bas âge. En l'absence de données précises sur les revenus familiaux reliés à l'activité professionnelle du chef de famille au moment où l'enfant naît, la profession du père de l'enfant, se doit malgré tout d'être relevée. Elle est connue soit directement dans l'acte de baptême ou de sépulture de l'enfant faisant partie de notre population, soit dans d'autres actes : il peut s'agir d'actes de baptême ou de sépulture des frères et sœurs de l'individu concerné, des actes de mariage ou de sépulture de ses parents. La date du document dans lequel la profession est inscrite est inconnue¹⁹.

D'un point de vue technique, nous avons tenu à relever jusqu'à deux mentions de profession que le père a déclaré exercer durant sa vie. Les subtilités statistiques que ce choix implique seront présentées dans la partie méthodologique. Étant donné qu'un chef de famille peut avoir eu plusieurs enfants, ce sont autant de mentions d'activité professionnelle dont nous disposons. En d'autres termes, si un père a eu 6 enfants et que parmi tous les actes paroissiaux afférents à ce père de famille, il n'a été inscrit qu'une seule fois sa profession, nous nous retrouvons avec six fois la mention de sa profession²⁰. Par contre, nous savons, pour les enfants dont le destin est connu, combien d'entre-eux sont associés à un statut social par le biais de la profession²¹. En effet, pour 34 525 des 56 464 enfants qui sont décédés avant leur premier anniversaire (61,1%), nous connaissons la profession de leur père²². Ceci signifie que, par la taille de cette sous-population, il est tout à fait envisageable de désagréger la mortalité infantile afin de mettre en évidence une mortalité des enfants différentielle selon le statut social.

2. MÉTHODOLOGIE

La seconde partie de ce chapitre se destine à l'exposition des diverses méthodes statistiques qui vont jalonner ce travail. Cette dernière requiert d'être subdivisée en cinq

¹⁹ Cette date est connue dans la base de données, mais pas dans notre fichier de population.

²⁰ Notre fichier utilise l'enfant comme variable principale à laquelle sont affiliées toutes les caractéristiques qui lui sont relatives (sexe, dates et lieux de naissance et de décès, profession du père, année de dernière mention où il est déclaré vivant...) et non pas la famille comme élément de référence.

²¹ Nous décrirons dans la partie méthodologique quels sont les critères de classement des professions en catégories «Statut social».

²² 77,1% des enfants décédés dont la profession du père est connue sont nés après 1740.

sections, dont quatre touchent à l'analyse descriptive de la mortalité infantile qui compte être traitée dans le prochain chapitre. La dernière section est quant à elle consacrée à l'analyse explicative de la mortalité des enfants dont la finalité revendique l'usage d'un modèle statistique multivarié.

2.1. Mortalité infantile générale et désagrégée : définitions et méthodes de calcul

Dans un premier lieu, il appert d'identifier nos sujets d'étude en définissant la mortalité générale des enfants de moins d'un an et la mortalité infantile par ses composantes. En effet, les causes de décès n'étant que rarement inscrites dans les actes de sépulture, il faut recourir à une méthode d'estimation pour distinguer les décès résultant de facteurs endogènes (périnataux) de ceux de facteurs exogènes (environnement pathologique, conditions de vie...) ²³. Ce procédé prend tout son sens puisqu'il octroie la possibilité d'attribuer à quelle composante prend sa source l'évolution de la mortalité infantile au fil des années. De même, conséquemment aux constatations réalisées en France et en Nouvelle-France par les chercheurs, il est en notre devoir de valider la différenciation de la mortalité des enfants de moins d'un an selon leur lieu de résidence. Il suffit alors de déterminer les paroisses qui peuvent recevoir le qualificatif d'urbaine.

Pareillement, la considération du statut social comme étant un facteur de mortalité différentielle, nécessite d'établir une catégorisation des professions. Puisque la qualité des informations recueillies des registres paroissiaux laisse présager de bons résultats, il nous a aussi semblé pertinent d'estimer l'amplitude des crises de mortalité infantile qui ont pu jalonner l'histoire démographique du Québec ancien. Attendu que la population canadienne-française n'a malheureusement pas échappé aux diverses maladies infectieuses qui sévissaient aux XVIIe et XVIIIe siècles comme en Europe, l'estimation de l'ampleur des épidémies, autrement que par les niveaux des quotients de mortalité infantile, nous paraît congruente pour notre sujet d'intérêt. Pour cela, est requise la méthode d'estimation issue des travaux de l'historien démographe Jacques Dupâquier, qui fournit à la fois une définition de la mortalité de crise, un indice d'intensité et une échelle de magnitude de crise.

²³ Sur un peu plus de 208 000 actes de sépulture enregistrés au Québec entre 1625 et 1799, seulement 2,2% d'entre-eux comportent une cause de décès rapportée. LANDRY, Yves, et Renald LESSARD. «Les causes de décès aux XVIIe et XVIIIe siècles d'après les registres paroissiaux québécois». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 48, no 4 (printemps 1995), p. 509-526.

Toutes les désagréations possibles et présentées précédemment sont réalisables grâce aux données brutes, c'est-à-dire celles qui sont extraites des registres, toute lacune comprise. Ainsi, si l'on ne se base que sur des données, le phénomène étudié est sous-estimé dès lors que l'intégralité des naissances et des décès d'enfants n'est pas rapportée dans les registres paroissiaux. Même si la démographie est une science imparfaite, le chercheur souhaite par-dessus tout être le plus fidèle à la réalité qu'il veut quantifier. Notre cas ne fait pas exception. Cela est d'autant plus vrai que les informations dont nous faisons usage requièrent d'en corriger les imperfections dues à leur vétusté. Dès lors, l'emploi de méthodes de correction s'avère foncièrement légitime. Fort à-propos de cette quête de précision statistique, les historiens démographes qui nous ont précédés se sont évertués à fonder des procédés correctifs de l'incomplétude des données historiques. Louis Henry est un de ces chercheurs dont les méthodes, élaborées depuis quelques décennies, ont été aisément critiquées mais jamais remplacées. Même si aux yeux de certains chercheurs contemporains elles paraissent désuètes et limitées, elles satisfont pour notre part aux exigences que nous posons, à savoir corriger le sous-enregistrement des décès d'enfants de moins d'un an ainsi que celui des ondoyés décédés. L'utilisation des procédés de Louis Henry, bien qu'imparfaits – quel est celui qui ne l'est pas – ne comblera certes pas toutes les lacunes, et ils ne surestimeront certainement pas les niveaux de mortalité infantile qui furent effectifs dans le Québec Ancien.

Outre l'estimation corrigée des quotients de mortalité infantile, les fondements de la méthode de correction du sous-enregistrement des décès vont également servir d'assise à la quantification des enfants citadins qui furent placés en nourrice. Ces derniers, comme cela a été mentionné dans le chapitre précédent, impliquent la création de caractéristiques qui leurs sont propres, à savoir qu'ils décèdent pour la plupart dans une paroisse autre que celle de leur naissance et qu'ils ne sont pas allaités par leur mère, sujette de ce fait à une période de temps-mort court après la dernière délivrance (aménorrhée post-partum), à un retour de la fécondabilité rapide et par conséquent, à une grossesse prématurée. Les enfants mis en nourrice agissent alors physiologiquement sur leur mère comme ceux qui ont été allaités et sont décédés très rapidement après leur naissance. Ainsi, cette pratique mercenaire propre aux familles aisées des villes se traduit par des intervalles intergénéraliques courts.

Dans ce qui constituera le dernier chapitre de cette thèse, la mortalité des enfants dans le Québec ancien sera examinée sous l'angle familial plutôt que sous ses aspects

évolutifs. Pour ce faire, l'enfant est replacé dans son contexte familial et fraternel avec les caractéristiques qui sont propres à la reproduction. Dès lors, l'histoire complète de la vie reproductive des mères doit être connue. L'analyse longitudinale ne s'exprime plus par le destin d'un individu étant un élément extrait de l'ensemble de la population mais davantage par le destin de l'enfant au sein de l'ensemble de la famille de laquelle il est issu. L'incursion au sein du phénomène s'inscrit alors dans une vision explicative de la mortalité qui requiert des méthodes d'analyse quelque peu différentes de celles citées précédemment, où l'usage d'un modèle multivarié s'impose.

2.1.1. Mortalité générale des enfants

En démographie contemporaine, deux types d'analyse sont à la disposition du chercheur dépendamment des objectifs qu'il s'est promis d'atteindre et du type de données auquel il a accès. Il s'agit des approches longitudinales (par générations) et transversales (par périodes). Dans le cadre d'une inspection de la mortalité des enfants de moins d'un an, il est tout autant raisonnable d'utiliser la perspective longitudinale que transversale. En effet, souvenons-nous que nos prédécesseurs, relativement à l'usage des registres paroissiaux ou aux recensements effectués en Nouvelle-France, ont utilisé comme indicateurs des niveaux de mortalité des enfants, les quotients ou les taux²⁴.

Pour que la comparaison entre les quotients et les taux soit valide, ces définitions présupposent que les conjonctures en termes de fécondité et mortalité ne soient pas disproportionnées entre deux années consécutives. Puisque l'enregistrement des événements (naissances, union, décès) par les rédacteurs religieux ne semble pas avoir été affecté par les circonstances sociales et politiques²⁵ qui ont jalonné l'histoire du Québec ancien et qu'au contraire, la rigueur d'inscrire ces événements et les informations qui nous importent s'est sensiblement renforcée à mesure que les décennies se sont écoulées, il n'y a pas lieu de penser que la comparaison de nos résultats avec ceux d'autres chercheurs soit compromise. Ainsi, puisque le thème de la mortalité infantile et de la reproduction, abordé dans le dernier chapitre de cette recherche, exige de connaître la vie reproductive complète d'une mère, et par conséquent, d'adopter une vision longitudinale des deux phénomènes, il est préférable que l'introduction de ce thème par l'observation du profil descriptif de la mortalité infantile au Québec ancien au travers des

²⁴ Voir le Chapitre 1, note 110.

²⁵ Dans le contrôle de la qualité des données, nous avons vu que c'est durant la guerre de la Conquête que l'inscription des informations relatives aux événements est à son paroxysme.

décennies s'inscrive dans la logique de ce thème. C'est pourquoi l'analyse longitudinale de la mortalité des enfants de moins d'un an va être employée.

2.1.2. Mortalité de causes endogènes et exogènes

Tel que le constataient déjà nos prédécesseurs du XVIIe et XVIIIe, comme le pasteur Jean-Louis Muret pour ne citer que celui-ci, les décès des enfants de moins d'un an ne se répartissent pas de façon homogène entre le moment de la naissance et le premier anniversaire. Le premier mois et surtout les premiers jours de la vie, voire le tout premier moment sont en effet plus meurtriers que les autres. Pourquoi? Les décès qui se produisent avant l'âge d'un an se distinguent par leur cause. Les recherches passées ont établi que les décès se produisant à moins d'un mois après la naissance, résultaient le plus souvent de complications endogènes. Celles-ci, que l'enfant porte en lui-même, tirent leur source de l'organisme maternel, s'expriment notamment par des maladies congénitales, des malformations, l'hypotrophie, la prématurité ou des traumatismes subis durant la grossesse et l'accouchement (traumatismes obstétricaux). L'hygiène et la santé de la mère ne sont pas étrangères à la mortalité endogène. Ces causes sont par ailleurs communes pour les enfants mort-nés (mortinaissance) ou décédés durant la première semaine de vie (mortalité néonatale précoce). La mortalité de cause endogène est difficilement supprimable dans les sociétés traditionnelles, telle que la Nouvelle-France car elle nécessite des connaissances biophysiques qui transgressent aisément les limites de la médecine traditionnelle. Dans le cadre de cette étude et pour ne pas réitérer les travaux précis de Richard Lalou (enfants décédés avant l'âge de 7 jours), la mortalité endogène étudiée respectera les conventions démographiques et sera limitée aux enfants décédés durant leur premier mois de vie.

La mortalité exogène est, par déduction, la mortalité des enfants entre le premier et le onzième mois révolu de vie. Elle résulte principalement de ce que l'enfant rencontre, durant ce moment, des éléments qui perturbent sa vie au point de la menacer mortellement. Ces éléments se révèlent sous la forme de microbes (agent infectieux), d'une alimentation inadaptée ou carencée (allaitement insuffisant, nourris par bouillie, sevrage prématuré, d'un manque de soins parentaux et d'hygiène, d'accidents comme une chute, une brûlure) de problèmes respiratoires ou d'un refroidissement corporel²⁶.

²⁶ AMBAPOUR, Samuel. *Note sur la mortalité infantile* (Document de travail). Bureau d'Application des Méthodes Statistiques et Informatiques, Brazzaville, 04/2001, p. 3-4. BOURGEOIS-PICHAT, Jean. «La

Contrairement aux causes endogènes, leurs homologues exogènes peuvent être évités par des mesures prophylactiques et informatives.

Ce découpage de la mortalité des enfants de moins d'un an en ses composantes endogène et exogène peut paraître arbitraire à certains égards. En effet, il peut subsister des cas où l'enfant décède à un peu plus d'un mois et que la cause soit endogène. Dès lors, par la limite «endogène» de moins d'un mois, cet enfant sera considéré comme un décès exogène. A l'inverse, il n'est pas exclu qu'un nouveau-né décède avant son premier mois suite à une contagion ou à une négligence parentale. Ainsi, ce décès exogène sera compté comme un décès endogène. Peut-on supposer que les deux cas sont similaires en proportion et s'annulent? Cela est plausible dans la mesure où des interférences très particulières – tels la pratique de mise en nourrice ou l'ondoiement de mort-nés – vient perturber l'ordre naturel des choses et gonfler les effectifs de décédés avant un mois. Cependant, Jean Bourgeois-Pichat a démontré qu'environ 20% des décès exogènes se produisent durant le premier mois de vie et que peu de décès endogènes survenaient au-delà de celui-ci²⁷.

Ce sentiment de libre arbitre est quelque peu amoindri si l'on considère que les causes de décès ne sont que trop rarement inscrites dans les registres. Cette distinction demeure néanmoins un indicateur indirect des causes de décès, mêmes si pour chacun des enfants, elles ne peuvent être formellement identifiées. En outre, dépendamment des niveaux de mortalité infantile générale, les différentes proportions de décès de causes endogène ou exogènes connues forment un élément informatif sur les conditions de vie, les situations sanitaires et infectieuses et même l'état d'avancement de la médecine.

2.1.3. Estimations par la méthode biométrique de Bourgeois-Pichat

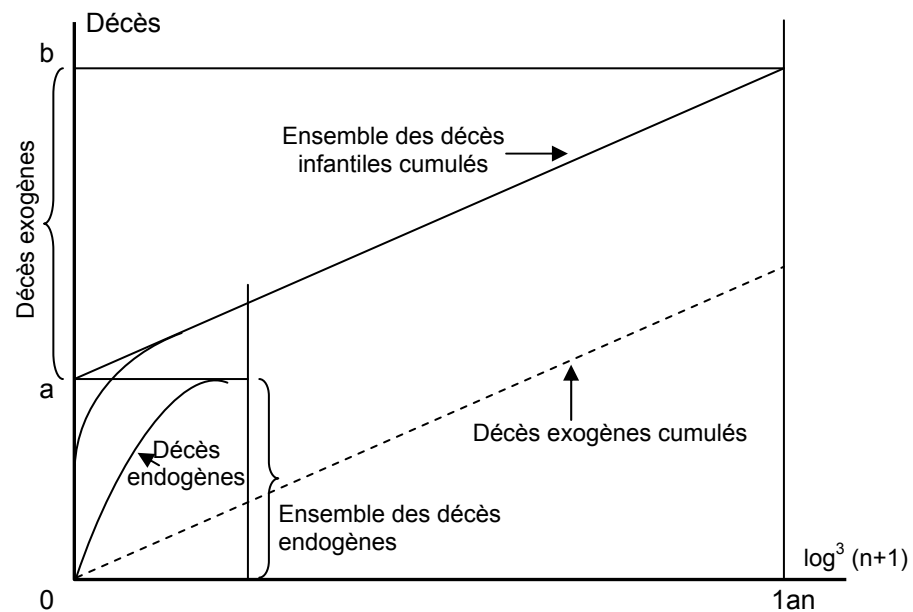
Jean Bourgeois-Pichat, démographe français, a élaboré au début des années 50 un procédé ingénieux autorisant la distinction des décès d'enfants selon les composantes de la mortalité, en l'absence de connaissance des causes de ces décès et en n'exigeant que la répartition des enfants de moins d'un an selon leur âge au décès. Le chercheur a constaté que selon l'âge, les décès exogènes se distribuaient presque indépendamment du niveau de mortalité générale. Cette règle est d'ailleurs à peu près universelle. De ce

mesure de la mortalité infantile. Principes et méthodes». *Population*, 3, 1951, p. 234-236. BOURGEOIS-PICHAT, Jean. «De la mesure de la mortalité infantile». *Population*, 1, 1946, p. 53-68.

²⁷ BOURGEOIS-PICHAT (1951), *op. cit.*, p. 239

fait, la proportion de décès exogènes se produisant durant le premier mois de vie est toujours une «fraction constante de la mortalité de un à onze mois».²⁸ Puisque 20% des décès exogènes surviennent avant l'âge d'un mois, il faut majorer les décès exogènes du premier au onzième mois de 25% afin d'avoir un aperçu de l'effectif total des décès exogènes vécus durant la première année de vie²⁹. La méthode biométrique se fonde d'après la Figure 2.1.

FIGURE 2.1 Schéma explicatif des composantes de la mortalité infantile selon la méthode biométrique de Jean-Bourgeois-Pichat



Source : Roland PRESSAT (1969), p. 135

La méthode biométrique de Bourgeois-Pichat, qui permet de séparer les décès endogènes des décès exogènes, est en réalité un procédé graphique qui se constitue par le cumul des décès infantiles en ordonnée et par l'âge n au décès en jours formulé en logarithme $\text{Log}_3(n+1)$. Le cumul des décès exogènes étant proportionnel au $\text{Log}_3(n+1)$, on doit avoir une suite de points alignés (Figure 2.1, ligne pointillée). L'intégration des décès endogènes cumulés à cette suite perturbe cette parfaite disposition, en théorie rarement après le premier mois, auquel cas, le procédé permet de détecter une surmortalité endogène des premiers mois. Pour déterminer graphiquement l'effectif des décès de

²⁸ Ibidem, p. 245.

²⁹ Ibidem, p. 241.

cause endogène, il suffit de prolonger en ordonnée (en *a*, ligne continue) la droite par laquelle doivent passer les points relatifs aux décès cumulés après le premier mois. Par déduction, la soustraction de cet effectif au nombre total d'enfants décédés avant l'âge d'un an, fournit celui d'enfants décédés de causes exogènes. Le rapport du nombre d'enfants décédés de cause endogène et exogène sur l'effectif initial de naissances qui fut soumis au risque de décéder avant le premier anniversaire, donne les quotients de mortalité endogène et exogène. Enfin, il est nécessaire de mentionner que si aucune surmortalité endogène n'est présente – les points sont alignés – la majoration de 25% des décès survenus entre le premier et le onzième mois révolu devrait produire un effectif de décès exogènes rigoureusement proche de celui obtenu graphiquement.

Ainsi, l'application de ce procédé sur des périodes bi-décennales, par exemple, devrait nous indiquer à quelle composante nous devrions imputer l'évolution de la mortalité infantile dans le Québec ancien. De même, l'évolution des quotients relatifs à chacune de ces composantes pourra être un indicateur indirect des conditions de vie de cette époque. A ce titre, puisque dans le premier chapitre, nous avons pu voir que les facteurs exogènes peuvent, par l'intermédiaire de la mère, affecter les enfants, il n'est pas exclu que nous assistions non seulement à une surmortalité endogène des enfants au delà du premier mois de vie, mais aussi à une augmentation de la part explicative de la composante endogène. La mise en pratique de la méthode biométrique de Jean Bourgeois-Pichat autorisera la vérification de ces assertions.

2.1.4. Différenciation par le statut social du père

D'après de nombreux inventaires après décès, les chercheurs, tels que Louise Dechêne pour la paroisse urbaine de Montréal³⁰, ont su prouver que la profession n'est pas forcément et proportionnellement liée à la richesse patrimoniale, en ce sens où l'on peut être un officier militaire ou un noble et être bien plus endetté qu'un artisan. De même, il est illusoire de penser que parce qu'un couple demeure dans l'aisance, ses enfants en bas âge échapperont plus facilement à la Grande Faucheuse que le simple agriculteur qui peine quotidiennement à nourrir sa famille. Dans la mesure où il est difficile de grimper les degrés de l'échelle sociale (autrement que par une union bénéfique), il reste que la

³⁰ DECHÊNE, Louise. *Habitants et marchand de Montréal au XVIIe siècle*. Paris, Plon, 1974, 589 p.

mobilité sociale a plutôt tendance à être nulle (statut social stable au cours de la vie du père) ou bien négative (descente du niveau social) si l'on s'autorise l'emploi de ce terme.³¹

Afin de pouvoir classer adéquatement les individus selon le niveau social dont ils sont issus, il a semblé fondé de relever deux mentions de la profession du père quand cela a été possible. En effet, il n'était pas rare qu'au fil de leur vie, les pères changent radicalement de fonction ou tout simplement, voient celles-ci évoluer. La connaissance de ces deux mentions de profession a alors permis de confirmer dans certains cas l'activité professionnelle du père et de replacer sa famille dans le niveau social qui lui est propre. Les critères de base utilisés pour classer les professions dans des catégories sociales ont été extraits des ouvrages de Louise Dechêne, de Danielle Gauvreau, ainsi que des articles de Hubert Charbonneau, Yves Landry et Lorraine Gadoury qui ont entre autres soulevé que les comportements démographiques tels l'âge au mariage, la durée de l'union, les niveaux de fécondité, les conceptions prénuptiales et les niveaux de mortalité infantile variaient en fonction du statut socioprofessionnel. Ainsi, les seigneurs et les officiers militaires (nobles) puis les marchands et les fonctionnaires (bourgeois) constituent la classe supérieure de la société; les gens de métier (artisans) et les habitants (agriculteurs) forment la classe moyenne; enfin, les voyageurs, les soldats et les journaliers représentent la classe inférieure, soit celle des moins nantis³².

D'après nos données, nous ne pouvons pas situer le moment de la ou des mentions de profession par rapport à la naissance de l'enfant, si bien que nous devons poser plusieurs hypothèses³³. Dans le cas où nous disposons d'une seule mention de profession, nous devons supposer que l'activité professionnelle du père – relevée avant ou après la naissance de l'enfant traité – est demeurée la même durant toute la vie reproductive de sa femme. En d'autres termes, tous les enfants d'un couple vont être associés à cette activité professionnelle. Cela est néanmoins très discutable : en effet, il existe forcément des familles dont le chef a progressé ou régressé dans l'échelle sociale

³¹ DECHÊNE (1974), *op. cit.*, p. 402-413. L'auteure spécifie fort à propos que les gains accumulés par un père de famille ont tendance à se dissoudre en fonction du nombre d'enfants à faire vivre et établir à l'âge adulte. Très souvent, une fois les dettes et les frais de succession réglés, le partage des biens entre les descendants au décès du père réduit considérablement la fortune et le niveau de vie de chacun des descendants.

³² La répartition des professions citées dans notre population est présentée en Annexe 2.3.

³³ La reconstitution généalogique nous permet de connaître l'évènement pour lequel la profession a été rapportée. Dans notre cas, nous devons attribuer qu'une mention par enfant lorsque cela est possible, indépendamment d'une éventuelle évolution du statut social paternel.

et où l'absence de seconde mention n'octroie pas la possibilité de capter cette mobilité³⁴. L'inscription de la profession n'ayant pas été systématique dans les registres, la seule mention connue, avec les pénibles hypothèses qu'elle engendre, doit satisfaire à l'analyse différentielle entreprise.

Le même problème de fond est soulevé quand deux mentions de profession différentes sont relevées. Effectivement, la mobilité professionnelle, bien que peu fréquente, n'est que partiellement saisie. Encore une fois, puisque les dates d'inscription de la profession par rapport à la date de naissance de l'enfant considéré ne sont pas connues, il est fort probable qu'en ne retenant que la seconde, nous sous-estimons ou surestimons (naissance avant ou après la seconde mention) le statut social du père. De même, la seconde profession retenue, il faut y greffer l'hypothèse que celle-ci soit la profession que le père a exercée durant le reste de sa vie. Ainsi, les enfants nés avant la seconde profession relevée se verront attribuer un statut social éventuellement différent de celui qui était effectif au moment de leur naissance.

Nonobstant ces constatations que nos décisions soulèvent dans l'incapacité à saisir intégralement la mobilité professionnelle³⁵, il faut toutefois se souvenir que gravir les échelons sociaux en Nouvelle-France est le fait que de quelques cas singuliers. La grande majorité des familles canadiennes-françaises ont surtout fourni leurs efforts à la conservation de leur statut social. Les inquiétudes qu'une effective mobilité professionnelle ait une grande influence sur nos résultats ne doivent pas être plus importantes que les hypothèses soulevées.

Par ailleurs, l'objectif de la catégorisation des enfants selon le statut social du père ne se borne pas uniquement à la mise en évidence d'une mortalité infantile différentielle selon ce même statut social. Cette dernière sert aussi d'intermédiaire dans la captation de certaines pratiques inhérentes à ce statut social. Souvenons-nous en effet, que certaines catégories sociales – les nobles, les bourgeois et les artisans – cultivaient des us et coutumes conformes aux mœurs et modes de l'époque. La fervente expérimentation de ces usages n'a pas été sans conséquence sur la vie des enfants. Effectivement, la mise en nourrice constitue par ses propriétés meurtrières, une bonne raison de s'attarder sur

³⁴ Quelques occurrences rapportent que le père est apprenti. Puisqu'il s'agit de la seule mention de profession connue et que l'on sait que la période d'apprentissage est une étape transitoire à l'exercice du métier d'artisan, les apprentis, futur artisans, ont été considérés sur le long terme comme des artisans.

³⁵ Pour capter la mobilité professionnelle, la meilleure alternative serait d'agir au cas par cas, aidé des actes notariés et des inventaires après décès.

son impact. Dès lors, une des manières indirectes de saisir une mortalité infantile différentielle par des pratiques sociales est de désagréger la mortalité générale selon la catégorie sociale à laquelle l'enfant appartient.

2.2. Mortalité de crise: la méthode d'estimation de Dupâquier

L'analyse de la mortalité des enfants de moins d'un an requiert, pour en parfaire le portrait, de s'attarder à la mortalité de crise, typique de la démographie d'Ancien régime, dont le caractère cyclique n'a pas épargné les Canadiens-Français. Même si les données dont nous disposons vont certainement laisser paraître des pics de mortalité, il demeure cependant pertinent d'en estimer l'intensité et la magnitude. La valeur de ces indicateurs statistiques fournit sous un autre angle l'ampleur de ces fléaux sur la population étudiée. Par ailleurs, l'évolution des valeurs obtenues, dépendamment de la nature identifiée de la crise – surtout dans le type d'épidémie³⁶ – forgera dans la mesure du possible une hypothèse quant à la progression ou la régression de la virulence de ces crises de mortalité.

L'analyse des crises de mortalité, telle que développée par Jacques Dupâquier en 1979, est fondée sur les seuls décès relevés et ne fait intervenir aucun autre événement ou facteur³⁷. Le principe repose sur l'utilisation du nombre absolu de décès survenus lors de l'année de crise, de la moyenne des décès et de l'écart-type des dix années antérieures à l'année de crise³⁸. Ainsi, les exigences du procédé en termes de données concordent avec nos limites. Malgré la simplicité de la méthode de Dupâquier, l'indicateur se heurte à quelques inconvénients qu'il convient de mentionner. En effet, l'indice risque d'être erroné dans le cas où deux crises de mortalité sont rapprochées. Si n'est pas écartée la première des deux crises, la mesure de la seconde risque d'être faussée puisque la moyenne et l'écart-type se trouvent en quelque sorte surestimés³⁹. Or, en

³⁶ Il semble plus judicieux de traiter des crises de mortalité de nature infectieuse que de nature conflictuelle. En effet, l'impact d'une maladie infectieuse sur la vie des enfants dépend surtout des propriétés connues et propres de la maladie alors que les décès survenus durant une période de conflits sont davantage issus de causes aléatoires et diverses (famines, mauvaise santé de la mère, nourrisson devenu orphelin, accident...)

³⁷ Jean Meuvret introduisait le nombre de conception selon une année-récolte dans le calcul de son indice. DUPÂQUIER, Jacques, «L'analyse statistique des crises de mortalité», Les grandes mortalités : étude méthodologique des crises démographiques du passé, 1979, p.83-84.

³⁸ L'écart-type (au dénominateur) a l'avantage de s'accroître moins que le nombre absolu de décès. L'écart-type est la racine carrée de la variance, qui pour n observations, est le rapport de la somme des écarts au carré de chaque observation à la moyenne sur le nombre n d'observations.

³⁹ DUPÂQUIER (1979), *op. cit.*, p. 89-90. L'auteur a alors expérimenté la mesure en employant comme base de référence non pas les dix années antérieures qui risquent d'englober une crise de mortalité, mais cinq années antérieures et postérieures à l'année de crise. L'indice demeure affecté par l'étroitesse de la base de référence et de la présence d'une autre crise de mortalité que la base de référence pourrait inclure.

éliminant toute année de forte mortalité dans la série décennale et en remplaçant celle-ci par une année encadrante supplémentaire de mortalité «normale», l'écart-type ainsi réduit assujettit l'indice d'intensité à de fortes variations dès lorsqu'on est en présence d'une augmentation de la mortalité.

Après bien des considérations statistiques, Dupâquier préfère s'en tenir à l'usage du nombre absolu annuel de décès des dix années précédant la ou les années de crises étudié(es), même si le risque que cette période comporte une autre année de crise persiste⁴⁰. Ce procédé, qui n'admet que le passé historique de l'année de crise, ne fait pas intervenir la probabilité que la mortalité croisse dans le temps. Autrement dit, l'indice n'est pas biaisé dans le cas où, à cause de la croissance démographique, les niveaux de mortalité des années subséquentes à la crise ne reviennent pas aux niveaux antérieurs à celle-ci. Or, la conjoncture démographique de la population canadienne-française laisse justement présumer que la mortalité infantile a suivi ce schéma.

2.2.1. Définition d'une crise de mortalité et indice d'intensité

Dans le cadre de cette analyse statistique, une année de crise est celle où l'intensité estimée dépasse la valeur de 1⁴¹ soit dans le cas où l'écart absolu entre les décès relevés et la moyenne des décès des 10 années antérieures dépasse l'écart-type estimé sur la même période. Pour les crises de mortalité sur deux ou plusieurs années, les intensités de chacune des années sont additionnées, desquelles est retranché «*n* années - 1». L'échelle de magnitude des crises de Dupâquier est prédéfinie dans le Tableau 2.4.

TABLEAU 2.4 : Classification des crises de mortalité selon l'échelle de magnitude et l'intensité

Intensité	Magnitude	Qualificatif
1 à 2	1	Crise mineure
2 à 4	2	Crise moyenne
4 à 8	3	Forte crise
8 à 16	4	Crise majeure
16 à 32	5	Super-crise
32 +	6	Catastrophe

Source : DUPÂQUIER (1979), *op. cit.*, p. 93.

⁴⁰ Dans le cas où deux crises se succèdent, nous calculerons l'indice d'intensité de la seconde en incluant puis en excluant la première. Deux indices seront obtenus à titre de comparaison.

⁴¹ DUPÂQUIER (1979), *op. cit.*, p. 92.

Ainsi, par l'usage de ce procédé, les niveaux de la mortalité de crise pourront être estimés sous un autre angle que par les quotients, ce qui pourrait ultérieurement ouvrir la porte à de futures études sur l'impact des crises de mortalité sur la croissance de la population canadienne-française.

2.3. Des corrections nécessaires : pertes fortuites, omissions volontaires

Nous avons vu, dans la section 1.3 de ce chapitre, qu'il existait quelques lacunes dans les actes au niveau des renseignements qu'ils contiennent. Certaines de ces carences informatives sont résultantes de la vétusté des registres paroissiaux (et autres documents) les rendant plus fragiles face aux outrages du temps. Plus le document est ancien, plus grands sont les risques qu'il ait disparu ou soit endommagé. En effet, environ 10 000 actes sont estimés manquants pour la période antérieure à l'année 1700⁴². 30% de ces pertes seraient par ailleurs dues aux «feuilles volantes» avant 1680⁴³. De même, la dispersion de la population le long du fleuve St-Laurent obligeait le peu de prêtres itinérants à parcourir de longues distances pour assurer leur office religieux, causant notamment une augmentation du délai entre le moment de la naissance et l'inscription baptismale dont nous avons déjà touché un mot. Souvent même, l'enfant décédait sans avoir eu le temps d'être baptisé ou ondoyé. C'est ainsi que certaines naissances ont échappé à l'observation.

Au XVIIIe siècle, la colonie se développe grâce à l'ouverture de nombreuses paroisses le long du fleuve St-Laurent et des cours d'eaux et le nombre d'officiants religieux s'accroît. Ainsi, les déplacements de ces derniers entre les paroisses s'amointrissent, les communications entre elles s'améliorent et l'usage des feuilles volantes utilisées par les religieux pour l'inscription d'une naissance, d'un mariage ou d'un décès s'estompe. Les actes perdus par négligence ou détruits doivent alors se trouver en moins grande proportion pour la majorité du XVIIIe siècle comparativement au siècle précédent.

Outre ces actes perdus ou détruits par le temps, il reste le cas des omissions volontaires. Tel que vu dans le premier chapitre, les parents étaient expressément invités de baptiser dans les plus brefs délais suivant la naissance. Considéré le contexte religieux dans lequel les familles vivaient au quotidien et la signification juridique (légitimité) et

⁴² CHARBONNEAU (1975), *op. cit.*, p. 113.

⁴³ LALOU (1990), *op. cit.*, p. 127

spirituelle du baptême (accès au Paradis en cas de décès), il vient à l'esprit que les parents – tout du moins le père – se soient sagement acquittés de leur tâche en portant tôt leur(s) petit(s) à l'église. Hubert Charbonneau, dans son étude sur l'âge des enfants au baptême au XVIIe siècle, démontre une toute autre réalité qui reflète les situations sociale et territoriale particulières de la colonie. Cette réalité exige par ailleurs de distinguer deux périodes, dont l'année charnière, 1678, correspond à l'entrée en vigueur de l'Ordonnance ratifiée de Saint-Germain-en-Laye fournissant les instructions relatives aux registres paroissiaux.

Les résultats obtenus par Hubert Charbonneau révèlent en effet que l'âge au baptême fluctue en fonction de la dispersion de la population, du nombre d'officiants religieux, de la communauté à laquelle ils appartiennent et de leurs influences sur les paroissiens, du climat, du jour de naissance et du lieu de résidence⁴⁴. Au début de la colonisation, l'âge au baptême est élevé, au moins 5 jours jusqu'à la décennie 1670-1679⁴⁵. La mise en place d'une organisation paroissiale et l'émission d'ordres formels de baptiser les enfants sous peine d'excommunication sont sans doute les raisons qui ont incité les parents à davantage respecter la volonté de l'Église. Ainsi, c'est après 1680 que des différences notables apparaissent selon le lieu de résidence des parents. L'âge des baptisés demeure en dessous de deux jours pour les petits citadins, contre trois à cinq jours pour les petits de la campagne⁴⁶. Parallèlement, c'est durant la saison estivale que le délai entre la naissance et le baptême est le plus court pour la totalité du XVIIe siècle, soit 3,6 jours en moyenne, contre 5 jours en hiver⁴⁷. La proximité du lieu de culte et l'accès des voies de communication sont très vraisemblablement la cause de ces écarts. Même si 31% des enfants étaient baptisés le jour de leur naissance, et 65% dans les deux jours, il reste qu'une proportion d'enfants n'ont pas reçu le sacrement baptismal dans les délais prescrits.

Selon les remarques précédentes, il vient à l'esprit qu'une proportion de ces enfants sont décédés avant leur baptême. Si tous ces enfants n'ayant pas été baptisés pour les

⁴⁴ Pour plus de détails à propos de l'influence de la communauté religieuse sur la qualité des actes rédigés, voir l'article de ROY et CHARBONNEAU (1976), *op. cit.*, p.96. En ce qui a trait aux autres caractéristiques : CHARBONNEAU (1985), *op. cit.*

⁴⁵ CHARBONNEAU (1985), *op. cit.*, p. 345. En France, la majorité des enfants sont baptisés dans les trois jours suivant la naissance. HECHT (1980), *op. cit.*, p. 36. HOUDAILLE, Jacques. "La mortalité des enfants en Europe avant le XIXe siècle", dans La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire. P.-M. Boulanger et Dominique Tabutin directeurs, Liège, 1980, p. 87.

⁴⁶ CHARBONNEAU (1985), *op. cit.*, p. 347

⁴⁷ CHARBONNEAU (1985), *op. cit.*, p. 351.

diverses causes qui en ont empêché les parents avaient au moins été ondoyés, cette situation ne serait pas un problème puisque l'ondoisement est le substitut au sacrement du baptême en cas d'urgence. Dans ce cas, l'existence de l'enfant est mentionnée par l'acte de sépulture dont l'ondoisement fait objet. Une fois de plus, notre optimisme se doit d'être modéré. Tous les enfants qui n'ont pas été baptisés n'ont pas pour autant été ondoyés, pour la simple raison que ces enfants ne présentaient aucun signe de danger de mort imminente. Par conséquent, qu'il s'agisse de la négligence des parents à remplir leur devoir religieux envers leur enfant ou qu'il s'agisse du refus du ministre du culte à outrepasser les lois de l'Église en inhumant en terre chrétienne un enfant non baptisé, nous sommes en présence de naissances oubliées ou omises volontairement.

Dans le même esprit, souvenons-nous que davantage d'instructions ont été édictées par les autorités religieuses en ce qui concerne l'inscription des baptêmes comparativement à celle des sépultures⁴⁸. Ceci n'est pas étonnant si l'on se remémore les valeurs juridiques et spirituelles du sacrement baptismal. Il n'est pas non plus surprenant de penser que les officiants religieux aient portés plus d'attention à l'inscription des baptêmes qu'à celle des sépultures. D'ailleurs, les différents égards accordés au type d'évènement ont été confirmés dans nos données, puisque 30,4% des sépultures sont manquantes. Il est improbable que ces absences découlent uniquement des offenses du temps ou des émigrations. Du reste, les pertes fortuites ne sauraient expliquer la grande proportion d'actes manquants remarquée pour certaines périodes. L'omission volontaire du rédacteur est certes plus en cause que le hasard pour expliquer cette différence.

2.3.1. Les pertes d'actes : une entrave à cette recherche?

Chaque acte paroissial manquant nous prive de la mention d'un événement, de sa nature et de ses caractéristiques. Il existe un premier moyen de combler les pertes en consultant les registres d'État Civil en double gardés par les protonotaires, les premiers recensements ayant respectivement eu lieu en 1666, 1667, 1681⁴⁹, de même que les minutes notariales, les listes d'immigrants, registres hospitaliers etc... Ces documents contribuent à la connaissance des informations que cette thèse requiert (par exemple, la profession du père, indicateur du statut social de la famille).

⁴⁸ L'Ordonnance de Villers-Cotterêts (1539) et le Concile de Trente (1563) ne légifèrent pas sur la rédaction des sépultures, sauf pour les personnes «tenans bénéfices» (article 50) soit aux ecclésiastiques. Le *Rituale Romanum* (1614) est le premier qui dicte ses instructions précises sur ce type d'acte.

⁴⁹ Vingt recensements sur l'ensemble du territoire ont été effectués entre les XVIIe et XVIIIe siècles.

A première vue, le sous-enregistrement des naissances et des décès néonataux (notamment les enfants ondoyés), s'il n'est pas sélectif, n'est pas forcément un souci pour l'étude générale des niveaux de mortalité infantile selon quelques critères (sexe de l'enfant, lieu de naissance et statut social familial) en ce sens que nous pouvons travailler avec les informations directement acquises des documents originaux, qui sont, comme nous avons pu le constater, d'une qualité exceptionnelle. Même si des informations sont absentes, celles que nous possédons sont d'une grande richesse. C'est ainsi que dans le chapitre suivant, nous pourrions étudier la mortalité infantile dite *apparente*, les données informatiques tirant ses sources directement des documents originaux qui nous sont parvenus. Les résultats obtenus procureront une bonne idée des niveaux et évolutions différentiels de mortalité.

Un second moyen plus technique et complémentaire du premier existe : quelques méthodes en démographie historique sont à notre disposition afin de rétablir de façon satisfaisante le sous-enregistrement des événements. Ces procédés permettent d'évaluer les omissions en se basant sur les mentions d'événements que nous avons pu relever grâce aux anciens documents. Ainsi, après l'étude de la mortalité apparente, l'usage de ces corrections nous permettra d'apprécier la mortalité infantile *réelle* ou *corrigée* en seconde partie du chapitre suivant.

2.3.2. Évaluation des ondoyés : la «loi» des 3%

La première véritable correction qui sera administrée à nos données sera l'évaluation du nombre d'enfants ondoyés-décédés. Ces enfants, dont l'existence n'est connue que par leur acte de sépulture, sont souvent sous-enregistrés par le fait même qu'ils sont décédés très rapidement après leur mise au monde. Par ailleurs, ces enfants nés vivants, mais morts avant leur baptême sont parfois considérés comme étant des mort-nés. Or, ces derniers ne doivent ni être baptisés ni ondoyés puisque le baptême et l'ondolement sont conditionnels à la vie du nouveau-né. Dans ce cas, aucun acte ne citera leur existence, l'inscription des enfants déclarés sans vie n'étant pas légiférée à l'époque de la colonisation. A l'inverse, certains mort-nés dont on a cru déceler un signe de vie, ont été à tort ondoyés ou baptisés sous conditions. De ce fait, quelques cas d'enfants mort-nés ont pu être relevés comme étant des naissances vivantes, si courte fut leur vie présumée. La présomption que tout biais relatif à ces deux phénomènes s'annule est alors envisageable.

Dans une étude réalisée sur la fécondité des mariages dans le Sud-Ouest de la France sous l'Ancien Régime, Louis Henry en vient à estimer que la proportion d'enfants ondoyés et décédés serait de l'ordre de 3% des baptêmes⁵⁰. Cette méthode, qui n'a pas été réfutée, se base empiriquement sur la proportion des baptêmes enregistrés dans cette région et considère que cette proportion reflète la réalité (aucun sous-enregistrement des naissances). Ce procédé suggère alors l'hypothèse que cette proportion est restée stable dans le temps et qu'elle est indépendante de toutes les caractéristiques liées à la famille dont l'enfant est issu (statut social, économique), à sa mère (état de santé, âge) et de l'environnement dans lequel celle-ci a vécu (famines et épidémies). Ce postulat, qui sous-entend que les causes de mortalité des ondoyés décédés sont de nature endogène et exemptés de tout facteur exogène, s'avère donc interdit d'évolution temporelle. Or, il est certain que les conditions de vie et les niveaux de mortalité infantile n'ont pas été stables entre le XVIIe et XVIIIe siècle dans le Québec ancien. De surcroît, la littérature a quelque peu prouvé que par l'intermédiaire de la mère, les conditions extérieures affectent la santé de l'enfant de façon endogène⁵¹. Il n'y a alors aucune raison pour que la population canadienne-française fasse exception à la règle. Au demeurant, l'évolution de la mortalité endogène étudiée dans le troisième chapitre pourra illustrer l'idée que l'augmentation éventuelle de la mortalité infantile endogène est partiellement expliquée par la dégradation de l'environnement socio-pathologique.

De même, que faire dans les cas où la proportion d'ondoyés décédés excède 3%? Louis Henry, le créateur de cette loi, observe à Crulai, paroisse de la Basse-Normandie, une proportion d'ondoyés décédés de plus de 3%, ce qui prouve en soi que celle-ci n'est pas forcément constante dans le temps et encore moins d'une région à l'autre. L'explication apportée par le chercheur tient du niveau de mortalité endogène qui aurait été plus important dans cette paroisse plutôt qu'ailleurs. Louis Henry ne remet donc en cause ni sa propre loi ni le sous-enregistrement. Admettons que son explication soit véridique, force nous est de reconnaître que le contraire puisse se produire. En d'autres termes, par l'excellence des conditions de vie en Nouvelle-France ainsi que par la sélectivité naturelle des immigrants et immigrantes, il y a de grandes probabilités pour que la mortalité endogène soit faible sur le territoire, réduisant alors à moins de 3% les cas où l'enfant se doit d'être ondoyé avant son décès. Dès lors, il est possible que l'application de

⁵⁰ HENRY, Louis. «Fécondité des mariages dans le quart sud-ouest de la France de 1720 à 1829», (suite). *Annales (Économie, Sociétés, Civilisations)*, 27^{ème} année, n°4-5, juillet-octobre 1972, p. 977-1023. Richard Lalou a tenté de réfuter cette loi

⁵¹ Voir Chapitre 1.

cette méthode surestime quelque peu ici la réalité, même si ne sont concernés qu'une fraction d'enfants par rapport à l'ensemble des naissances.

2.3.3. Évaluation des décès perdus : la méthode des distributions

Le dernier procédé consiste à estimer combien de décès perdus ont eu lieu avant que l'enfant n'atteigne son premier anniversaire. Pour cela, Louis Henry a conçu une méthode utilisant les intervalles entre deux accouchements. En effet, comme il a été remarqué dans le premier chapitre de cette thèse, le destin de l'aîné de deux enfants naissant successivement modifie l'intervalle en mois entre ces deux naissances, par l'intermédiaire de la durée de l'allaitement. Si le premier des deux enfants survit jusqu'à l'âge d'un an, l'intervalle est dit normal. Dans le cas contraire, l'intervalle sera écourté par le décès de l'aîné.

Ainsi, Louis Henry catégorise trois cas possibles selon le destin de l'aîné de deux enfants nés successivement :

1. l'enfant a survécu jusqu'à son premier anniversaire (intervalle normal)
2. l'enfant est décédé avant un an (intervalle raccourci après ce décès)
3. le destin de l'enfant est inconnu (intervalle autre)

Pour faciliter la compréhension de ce procédé de Louis Henry qui réside à définir le nombre d'enfants de destin inconnu qui sont décédés avant l'âge d'un an, référons-nous à l'excellente explication de Charbonneau :

«Il s'agit de déterminer combien d'enfants de destin inconnu sont morts avant un an. S'il n'y en a aucun, les catégories 1 et 3 devraient correspondre à des distributions d'intervalles équivalentes. Si, au contraire, la catégorie 3 contient une certaine proportion "a" d'enfants décédés avant d'atteindre un an, elle correspond alors à une distribution d_3 , qui est une moyenne pondérée des deux autres distributions d_1 et d_2 . Il ne doit cependant y avoir de lien entre l'absence d'acte de décès et l'âge au décès»⁵²

La relation s'écrirait alors :

$$d_3 = (1 - a) d_1 + a d_2$$

Louis Henry rappelle à juste titre que les intervalles longs agissent sensiblement sur la valeur d'une moyenne, c'est pourquoi il propose comme substitut le recours à une

⁵² CHARBONNEAU (1975), *op. cit.*, p. 92.

proportion b des intervalles inférieurs à une certaine valeur [intervalle en mois choisi arbitrairement]⁵³, permettant d'écrire la nouvelle relation :

$$b_3 = (1 - a) b_1 + a b_2$$

d'où

$$a = (b_3 - b_1) / (b_2 - b_1)$$

Ensuite, il faut chercher la valeur a_m , telle que l'écart entre la distribution calculée comme moyenne pondérée des distributions 1 et 2 et la distribution 3 soit minimale⁵⁴. C'est par tâtonnement que cette valeur a_m sera déterminée. La multiplication du nombre d'intervalles classés dans la distribution d_3 par la valeur a_m donnera comme résultat le nombre d'intervalles classés dans la distribution d_3 qui sont en réalité des intervalles de la distribution d_2 , soit des intervalles relatifs aux enfants étant décédés avant l'âge d'un an.

Enfin, le rapport entre le nombre d'intervalles observé initial dans la distribution d_2 additionné de ceux classés dans la distribution d_3 qui sont en réalité des intervalles de la distribution d_2 et le nombre d'intervalles observé initial dans la distribution d_2 nous donnera le coefficient de correction des décès enregistrés. Ce coefficient sera supérieur à 1.

Pour connaître l'importance en pourcentage du sous-enregistrement des décès d'enfants, il suffit de rapporter le nombre d'intervalles classés dans la distribution d_3 qui sont réellement des intervalles de la distribution d_2 sur le nombre d'intervalles observé de la distribution d_2 , augmenté de ceux classés dans la distribution d_3 faisant effectivement partie des intervalles de la distribution d_2 .

Cependant, pour que cette méthode produise de meilleurs résultats, il faut s'assurer que pour un individu n'ayant pas fait l'objet d'un acte de sépulture, aucun document ne mentionne cet individu vivant au delà de l'âge d'un an. C'est pourquoi, en plus de la date d'acte de baptême, nous disposons pour certains individus d'une date qui nous informe sur leurs destins (date de mariage, recensement, acte notarié, émigration...). Si cette date est identique à celle du baptême, l'enfant est réellement de destin inconnu. À l'inverse, si la mention se révèle différente, l'individu a survécu. Ainsi, par sélection, ne resteront que les cas dans lequel le destin de l'enfant est inconnu.

⁵³ HENRY (1980), *op. cit.*, p. 138.

⁵⁴ *Ibidem.*

2.4. La mise en nourrice : approche quantitative

Tel que cela a été constaté dans l'état des connaissances du premier chapitre, le facteur clé de la survie des nouveau-nés s'intronise dans la façon dont ils étaient nourris. En l'absence de données qualitatives qui se seraient avérées extrêmement utiles, il nous faut user de finesse pour tenter de distinguer les enfants qui furent, pour leur bonheur, allaités par leur mère naturelle de ceux qui furent, pour leur infortune, placés chez des mères nourricières. Cette distinction prend toute son importance si l'on considère que la mise en nourrice, mode pratiquée par les plus nantis de la société, est à la fois un indicateur pour la famille d'une certaine position sociale mais davantage un élément de surmortalité infantile⁵⁵. Dans la mesure où dans les lettres épistolaires ou dans les ordonnances, la mise en nourrice n'est pas un sujet fréquemment abordé et dans les actes de sépulture, le décès «en nourrice» est peu inscrit, comment estimer les proportions d'enfants qui furent confiés à une nourrice?

2.4.1. Proportion d'enfants placés : méthode traditionnelle

Une première méthode, que nous pourrions qualifier de traditionnelle, peut être employée afin d'estimer la proportion d'enfants placés chez des mères nourricières. Souvenons-nous que les familles canadiennes-françaises qui pratiquaient cette coutume étaient principalement celles des villes, en l'occurrence Québec, Trois-Rivières et Montréal et qui formaient l'élite sociale (nobles et bourgeois) ou bien la classe moyenne aisée (les gens de métier). Les mères, qui proposaient leurs services de nourrissage mercenaire, résidaient surtout en périphérie de ces centres urbains. Il s'agit souvent de femmes de conditions plus modestes, ayant déjà à leur charge leurs propres enfants. De ce fait, le nouveau-né prédisposé par la position sociale de ses parents à la mise en nourrice, était dès les premières heures ou dès les premiers jours suivant sa naissance porté dans les campagnes environnantes chez sa nourrice.

Ainsi, en cas de décès, la paroisse de décès s'avérait différente de celle de naissance. Il est par conséquent possible, en sélectionnant les enfants issus de l'élite (nobles, bourgeois et artisans), d'identifier une certaine proportion d'enfants qui, nés dans une paroisse et décédés dans une autre, ont été l'objet d'un placement en nourrice. Or, il

⁵⁵ Même si les enfants mis en nourrice furent adéquatement allaités par une mère nourricière résidant très souvent dans une paroisse proche des centres urbains, il reste que beaucoup de ces nourrissons âgés de quelques jours seulement décédèrent durant le transport entre la résidence parentale et celle la nourrice. D'autres furent victimes d'une surcharge de travail subie par la nourrice, déjà mère de plusieurs enfants.

existe des enfants qui ont survécu à cette épreuve et ont été remis à leurs parents respectifs après leur sevrage. De même, le procédé ne capte ni les enfants qui sont décédés durant le voyage entre la résidence parentale et celle de la nourrice, ni les enfants décédés dans la paroisse de destination, dont la dépouille a été rendue aux parents et dont le décès a été inscrit dans l'acte de sépulture de la paroisse d'origine. Enfin, il n'est pas exclu que la famille ait pris à domicile une nourrice. Auquel cas, aucun déplacement n'est effectué. De cette façon, cette méthode sous-estime le phénomène car elle n'intercepte que les cas où l'enfant est décédé dans une paroisse autre que celle de sa naissance.

2.4.2. Estimation par les intervalles intergénésiques

La seconde méthode, utilisée notamment par Lorraine Gadoury dans son ouvrage sur la noblesse en Nouvelle-France⁵⁶, se base sur la méthode de distribution des intervalles intergénésiques élaborée par Louis Henry⁵⁷. Dans le premier chapitre, nous avons constaté que la durée de l'allaitement, par ses vertus contraceptives, influe sur la longueur de l'intervalle intergénésique. Ainsi, une mère qui allaite son enfant assure à la fois de meilleures probabilités de survie et s'extrait aussi à l'exposition d'une nouvelle grossesse. Par conséquent, lorsque son dernier né décède, une nouvelle conception peut se produire réduisant alors la durée intergénésique avec l'enfant suivant. Les enfants placés en nourrice soumettent involontairement leurs mères aux mêmes règles biophysiques qu'elles subissent lorsque leurs nourrissons décèdent très vite après leur naissance. Gadoury affirme alors qu'un enfant qui a vécu au moins un an et qui a été allaité par sa mère ne soumet pas cette dernière au risque de concevoir de nouveau avant au moins 18 à 20 mois, la période d'aménorrhée post-partum comprise. Dès lors, il est envisageable d'estimer la proportion d'enfants qui ont été placés en nourrice par la distribution des intervalles intergénésiques selon leur durée. Si l'intervalle est court (moins de 18 mois), l'hypothèse présume alors que l'enfant n'a pas été allaité par sa mère mais a été nourri par une mercenaire. Cependant, ce procédé relie systématiquement la durée de l'intervalle intergénésique à la durée de l'aménorrhée et à celle de l'allaitement. Or, il existe des cas où l'allaitement n'inhibe pas l'ovulation et une nouvelle grossesse se produit. Néanmoins, les résultats obtenus par cette seconde méthode devraient approcher la réalité tout en ne tenant cette fois pas compte du destin de l'enfant mis en nourrice.

⁵⁶ GADOURY (1992), *op. cit.*, p. 126-127.

⁵⁷ Voir section 2.3.2.2. de ce chapitre.

2.5. Facteurs déterminants de la mortalité infantile

Ces aspects de la recherche sur la mortalité des enfants que nous venons d'évoquer mettent de l'avant l'importance des facteurs biophysiques qui jouent des rôles bien plus importants sur le destin des nouveau-nés que le sexe, le lieu de résidence, le statut social des parents et les pratiques inhérentes. En effet, la troisième section du précédent chapitre a révélé combien ces facteurs sont intriqués les uns dans les autres forgeant tout un mécanisme complexe difficilement vérifiable empiriquement. Si les chercheurs en démographie contemporaine concentrent leurs efforts à démêler l'imbroglio que constitue la multitude de facteurs impliqués dans la survie ou dans le décès d'un enfant, que dire des historiens démographes qui aspirent à la même ambition mais avec des données moins riches!⁵⁸

Dès lors, pour finaliser toute analyse explicative de la mortalité des enfants de moins d'un an dans la société traditionnelle canadienne-française, au même titre que celles réalisées pour quelques régions suédoises ou allemandes⁵⁹, il nous faut limiter nos ambitions aux objectifs réalisables par la présence de données adéquates. Par conséquent, seule une fraction du grand processus fonctionnel entre la fécondité naturelle et la mortalité infantile peut être empiriquement analysée. Toujours est-il que nous estimons que l'analyse explicative, produite par un modèle multivarié, se doit d'être introduite par une analyse descriptive univariée (effet d'un facteur sur la probabilité de décéder) et par une analyse bivariée (effet d'un facteur sur un autre, ou effet conjoint de deux facteurs sur la probabilité de décéder) afin de dégager à la fois une première idée de l'impact d'un facteur sur la vie d'un enfant en bas âge et à la fois les corrélations éventuelles entre deux facteurs.

Le recours à ses traitements et les parères qui en découleront, serviront de guide pour la construction d'un modèle multivarié qui tiendra compte des diverses relations causales entre les facteurs. Nous devons pour cela définir notre population de recherche et cibler les familles qui s'approprient le mieux à l'examen entrepris. Les familles choisies, la sélection des mères en fonction de leurs caractéristiques (âge au décès, mariage et remariage(s)) s'avèrent opportuns. Un regard sur leur progéniture s'impose, au même titre

⁵⁸ Souvenons-nous que, contrairement à aujourd'hui, nous ne disposons pas de documents mentionnant les mort-nés, les dates de conception, les pertes fœtales, les conditions à l'accouchement, les causes de décès et le mode d'allaitement. L'approche qualitative ne peut se réaliser qu'avec les documents de l'époque (échanges épistolaires officiels ou privés), puisque sont exclus tout entretien avec les individus!

⁵⁹ Voir les travaux de John Knodel, Jane Miller, Katherine A. Lynch et Joel B. Greenhouse.

que la correction des données au troisième chapitre, dans la détermination du destin de chaque aîné et cadet direct⁶⁰. Selon le facteur observé, il convient aussi d'exclure certains enfants ou certaines familles afin d'obtenir des résultats optimaux.

2.5.1. Contrôle des données et conditions préalables

L'étude longitudinale de la mortalité infantile en fonction de la reproduction a exigé une sélection préliminaire des familles canadiennes-françaises. Au préalable, seules les mères mariées et ayant eu au moins deux enfants ont été retenues. Les enfants qui font l'objet de gémellité ont été spécifiquement considérés, seul un des jumeaux a été retenu⁶¹. Même si ce choix est arbitraire et que la gémellité est un facteur de risque de mortalité supplémentaire, les accouchements multiples représentaient moins de 1,4% des naissances totales dans le Québec Ancien⁶². Ainsi, l'exclusion d'une (ou plusieurs) des naissances gémellaires n'affectera sensiblement pas ou peu nos résultats.

2.5.1.1. Complétude des vies matrimoniale et reproductive

Disposer de l'histoire reproductive complète s'avère un atout majeur pour comprendre les liens unissant la reproduction et la mortalité infantile au sein d'une société ancienne expérimentant une fécondité naturelle⁶³. La seconde sélection des familles consiste à ne retenir que les femmes qui ont survécu au-delà de leur 45^{ème} anniversaire, afin de s'assurer de la complétude de leur vie reproductive. Ces mères doivent par ailleurs avoir réalisé leur descendance avec leur premier époux uniquement. Les enfants issus de mères s'étant remariées après la rupture du précédent mariage par le décès de son premier conjoint sont exclus de l'analyse. En effet, le décès de l'époux interfère le cours naturel de la reproduction et allonge l'intervalle entre la dernière naissance de la première union et la première naissance de l'union suivante.

⁶⁰ Pour chaque enfant, en cas d'absence de date exacte de décès, nous disposons de l'année où celui-ci est déclaré vivant. Dans le cas où l'enfant n'avait pas de date de décès et que l'année où il est déclaré vivant est supérieure à son année de naissance plus 1, nous pouvons identifier les enfants qui ont survécu à leur premier anniversaire. Cette étape est nécessaire dans le calcul plus juste des risques de mortalité avant l'âge d'un an.

⁶¹ Un seul jumeau ou trigémellaire considéré ne comptabilise qu'une fois les intervalles intergénéraliques précédant et suivant sa naissance.

⁶² Ce résultat s'observe pour la période débutant aux origines de la colonie jusqu'en 1729. PÉPIN, Yves. Hérédité de la gémellité en Nouvelle-France: étude démographique. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (démographie). Université de Montréal, août 1987, p. 92.

⁶³ GANIAGE (1963), *op. cit.*, p. 94; COHEN, Joël E. «Childhood Mortality, Family Size and Birth Order in Pre-Industrial Europe», *Demography*, Vol. 12, n°1, February 1975, p. 36 et 43; HOBBCRAFT, McDONALD et RUTSTEIN (1985), *op. cit.*, p. 364.; PEBLEY, HERMALN et KNODEL (1991); *op. cit.*, p. 446.

Même si les familles qui correspondent à nos critères, les familles complètes, sont moins nombreuses, il reste que leur étude s'avère essentielle dans la compréhension des deux phénomènes. Puisque l'année de fin d'observation – fonction des données disponibles, se situe en 1779 et que la vie reproductive des Canadiennes-Françaises durait en moyenne 30 ans, n'ont été sélectionnées que les femmes dont le mariage a été célébré avant l'année 1750.

2.5.1.2. *Familles citadines, familles rurales*

Outre les conditions de vie urbaines moins favorables, la survie des enfants issus de la haute société était tributaire des mœurs élitistes, comme en témoigne l'application peu contestée – à l'époque – de la mise en nourrice. Si l'on se réfère aux connaissances des effets délétères d'une telle pratique, le non-allaitement et les soins maternels parfois de piètre qualité accordés au nourrisson assujettissent la mère aux lois de la nature et l'exposent, plus hâtivement qu'à l'accoutumée, à une nouvelle grossesse. Dès lors, le rythme des naissances est précipité et accroît les risques de prématurité, d'hypotrophie, de complications intra et extra-utérine pour l'enfant et de décès pour la mère qui n'a le temps de recouvrer ses forces entre chaque accouchement.

Nos données nous permettent de déceler quelques menues différences de comportements en terme de fécondité entre les mères résidant en ville ou en campagne⁶⁴. L'analyse des comportements reproductifs (Tableau 2.5) révèle que les descendances finales des femmes citadines et rurales s'avoisinent d'une période à l'autre mais que des distinctions sont visibles entre les autres caractéristiques : les mères résidant en ville se marient et accouchent de leur premier enfant un peu plus tard que celles établies en campagne. À l'inverse, ces dernières mettent en moyenne au monde leur dernier enfant un an plus tard que les mères urbaines. Si la stérilité précoce peut être en partie expliquée par les conditions dans lesquelles les mères des villes vivaient, il reste que celles-ci expérimentaient, pour les raisons citées précédemment, des grossesses à des intervalles moyens plus courts que leurs comparses des campagnes.

Quand bien même la catégorie «villes» inclut tous les statuts sociaux, ces résultats corroborent ceux de Lorraine Gadoury, qui soupçonne même un début de contrôle de la

⁶⁴ Le lieu de mariage est considéré comme étant le lieu de résidence de la famille, la mobilité territoriale des couples étant peu importante.

fécondité pour la noblesse canadienne-française⁶⁵. Compte tenu de l'interférence de ces comportements dans le processus de reproduction naturelle, les familles ayant contracté une union en ville, pour la majorité leur lieu de résidence, seront exclues de la première partie du quatrième chapitre. 6 224 mères de famille et 52 955 naissances relatives répondent ainsi à nos critères de sélection.

TABLEAU 2.5 Comportements reproductifs des mères selon la période de mariage et leur lieu de résidence

	Période de mariage					
	1621-1669	1670-1689	1690-1709	1710-1729	1730-1749	1621-1749
	<i>Nombre moyen d'enfants par femme</i>					
Villes	10,6	10,8	11,3	10,9	10,7	10,9
Campagnes	9,7	10,9	11,2	11,2	10,9	11,0
	<i>Âge au premier mariage</i>					
Villes	18,4	17,7	19,7	21,2	21,9	20,4
Campagnes	18,1	16,9	19,1	20,5	21,0	20,3
	<i>Âge à l'accouchement du premier enfant</i>					
Villes	21,2	20,1	21,6	23,2	24,1	22,6
Campagnes	21,2	18,9	20,8	22,3	22,9	22,3
	<i>Âge à l'accouchement du dernier enfant</i>					
Villes	37,8	36,9	37,9	37,7	37,7	37,7
Campagnes	37,2	37,1	38,3	39,1	38,8	38,7
	<i>Intervalle intergénéralique moyen (dernier intervalle exclu) (en mois)</i>					
Villes	24,4	24,2	21,9	21,0	20,3	21,7
Campagnes	25,8	24,8	23,5	22,0	21,8	22,3
	<i>Dernier intervalle intergénéralique moyen (en mois)</i>					
Villes	31,6	30,6	29,2	28,9	29,4	29,6
Campagnes	32,5	31,1	30,4	30,6	30,5	30,6

Note : n=8 603 mères (urbain=2 379; rural=6 224), 71 529 naissances (urbain=18 574; rural=52 955)

2.5.1.3. Destin de l'aîné, destin du cadet

Puisque le calcul des risques de décéder avant le premier anniversaire nécessite de connaître le nombre de décédés sur l'effectif de naissances d'une cohorte donnée, il est préférable – au même titre que la mortalité corrigée, d'identifier les enfants qui auraient réellement survécu parmi ceux de destin inconnu. Cette étape est indispensable dans la mesure où les risques de décéder d'un enfant sont subordonnés au destin de son aîné direct. Des 52 955 enfants issus de familles complètes, 8 567 naissances (16,2%) de rang 2 et plus ne disposent pas d'acte de sépulture⁶⁶, ce qui rend le calcul de leur âge au décès

⁶⁵ GADOURY, *op. cit.*, p. 115-123.

⁶⁶ L'identification des destins des enfants se fait en deux étapes : d'abord les enfants de rang 2 et plus, puisque chaque cadet peut ensuite devenir l'aîné d'un enfant suivant, puis leurs aînés (rang 1 à n -1).

impossible. Néanmoins, nous savons que 250 d'entre-eux ont migré à l'extérieur du territoire. Il subsiste ainsi 8 317 cas où le destin peut être déterminé grâce à une date mentionnant l'individu vivant (recensement, baptême, mariage).

Nous avons délibérément choisi de considérer survivant à l'âge d'un an, les enfants dont la date les spécifiant vivant est égale à leur date de naissance plus une année. 2 290 ont été de la sorte classés dans la catégorie qui réfèrent les enfants ayant survécu au-delà de leur premier anniversaire. Le même exercice a été opéré pour les aînés de rang 1 à n-1, où il convient de rapporter le destin des cadets précédemment déterminé lorsqu'à leur tour, ils deviennent des aînés et de préciser celui des premiers nés dans une famille. Sur 6 224 aînés de rang 1, 793 n'ont pas de date de décès connue. En revanche, un document postérieur à leur naissance précise la survie au-delà d'un an pour 305 d'entre-eux. Tout rang considéré, 5 044 enfants demeurent de destin inconnu sur l'intégralité des naissances concernées (9,5%).

2.5.1.4. *Cas éventuellement exclus*

Outre les restrictions déjà spécifiées, il subsiste quelques situations où certaines exclusions temporaires se doivent d'être appliquées pour optimiser les résultats. C'est entre autre le cas du dernier intervalle intergénéral, fortement corrélé avec l'âge de la mère qui se trouve en fin de parcours reproductif et dont la durée moyenne dépasse celle de tous les autres intervalles d'environ 7 à 9 mois selon la période (Tableau 2.5). L'inclusion du dernier intervalle fausserait quelque peu la moyenne de la durée des intervalles précédents.

2.5.2. Les implications des facteurs choisis et les valeurs manquantes

La plupart des banques de données construites à partir de documents anciens souffrent d'informations manquantes. Après avoir déterminé la survie d'un enfant de destin inconnu grâce à une mention postérieure à sa date de naissance, nous avons obtenu une proportion d'enfant au destin indéterminé de 16,6%⁶⁷. La perspective familiale sur laquelle se base les analyses multivariées révèlent un pourcentage moindre (8,6%)⁶⁸. Or, notre variable dépendante (binaire) – le fait de décéder avant l'âge d'un an ou pas – est construit selon les informations relatives au destin de l'enfant. La vérification de

⁶⁷ Voir la section 1.2.5 de ce chapitre

⁶⁸ Nous rappelons que dans ce chapitre, seules les familles de deux enfants et plus, les mères décédées après 45 ans et les unions de rang 1 célébrées en campagne ont été sélectionnées.

l'indépendance entre les caractéristiques individuelles et familiales des enfants et leur statut de «destin inconnu» s'impose. Si l'hypothèse d'indépendance est assurée, nos modèles ne devraient pas souffrir de biais de sélection à cause de ces valeurs manquantes.

De l'analyse, aucune dépendance n'est observée entre les caractéristiques familiales des enfants et leur statut de «destin inconnu». Ceci signifie que ces enfants suivent une distribution conforme à celle des enfants dont le destin a pu être déterminé. Toutefois, une dépendance a été détectée selon le sexe et la période de naissance. En effet, 62,4% des enfants au destin indéterminé sont de sexe masculin. De même, un peu plus d'enfants au destin inconnu sont concentrés dans la période 1760-1779⁶⁹, qui comporte de toute évidence plus d'individus n'ayant pas eu le temps de se marier avant 1799⁷⁰. Ceci signifie que dans nos modèles, la catégorie des enfants de sexe masculin ainsi que ceux nés durant la dernière période observée seront un peu sous-représentés. En conséquence, les coefficients exprimant les risques relatifs de décéder avant l'âge d'un an pour ces sous-ensembles seront surestimés⁷¹.

En ce qui concerne les intervalles intergénésiques, les intervalles de moins de 7 mois et de 43 mois et plus ont été exclus de l'analyse. Les premiers témoignent d'une impossibilité physiologique⁷². Les seconds découlent soit de l'absence d'une ou plusieurs naissance(s) intermédiaire(s)⁷³, soit de la moindre fécondabilité de la mère à cause de son âge avancé. C'est pourquoi les intervalles très longs sont regroupés dans les catégories «35-39 ans» et «40+» de l'âge maternel⁷⁴.

⁶⁹ Dans la section 1.3.5. du de ce chapitre, nous en avons expliqué les raisons. 13,8% des enfants au destin inconnu contre 7,7% des enfants au destin connu se regroupent dans la période 1760-1779. Pour chaque période précédente, les distributions d'enfants au destin connu et inconnu sont semblables.

⁷⁰ Le mariage est la source primaire de la connaissance de la survie.

⁷¹ Le même cas de figure se présente pour la variable «destin de l'enfant précédent». 8,2% de ces enfants sont de destin indéterminé. 428 enfants de sexe inconnu (ondoyés décédés) ont aussi été exclus de l'analyse même si leur destin est déterminé.

⁷² L'informatisation des registres respectent les actes paroissiaux qu'ils contiennent. Il arrive que deux naissances différentes très rapprochées mentionnent les mêmes prénoms et noms de parents. D'autres informations, comme la présence de membres de la famille aux événements, ôtent parfois tout doute quant au jumelage des naissances avec la famille concernée. Il est ainsi possible, malgré un intervalle intergénésiq ue suspect, d'avoir dans une même famille, deux naissances rapprochées.

⁷³ Une naissance manquante peut s'expliquer par l'absence de son inscription dans un registre qui nous est parvenu, par son inscription dans un registre qui ne nous est pas parvenu, par la migration temporaire de la famille (ou du père) hors du territoire.

⁷⁴ 66,4% des intervalles «suspects» sont observés pour les mères de plus de 35 ans contre 42% des intervalles conservés pour les mêmes groupes d'âges maternels.

3. CONCLUSION DU CHAPITRE

Au terme de ce chapitre, il ressort que la source de données – qui est le fondement même de cette recherche, offre au chercheur que nous sommes des informations qui dépassent les espérances, attendu que la motivation première de la création des registres par les autorités ecclésiastiques puis civiles n'étaient pas d'ordre démographique au sens où nous l'entendons aujourd'hui, et attendu que les documents sont relativement anciens. En effet, ces écrits devaient assurer la légitimité des unions et des naissances et accorder la paix aux âmes trépassées. Ces registres étaient avant tout un moyen de contrôle des comportements sociaux et de l'état spirituel des paroissiens. C'est pourquoi, même si les officiants religieux ont importé la tenue de ces registres selon la coutume de l'Église catholique dès le début de la colonie, cette pratique fut très tôt légiférée par le clergé suivi par les autorités civiles en 1678.

L'analyse réalisée en première partie de ce second chapitre a justement révélé l'impact différentiel des règles édictées. Des efforts d'amélioration de la complétude des enregistrements sont visibles au cours de la période étudiée, aussi bien pour les actes de baptême que pour les actes de sépultures. Seul le degré de progrès diffère selon le type d'évènement inscrit : presque tous les actes de baptêmes mentionnent la date de naissance, probablement à cause de la valeur du sacrement baptismal, alors que l'on ne peut espérer qu'une fois sur deux la date de décès d'un enfant.

Toutefois, aucune ségrégation du sacrement baptismal n'a été découverte selon le sexe de l'enfant, ce qui confirme que malgré les mœurs qui privilégiaient les hommes à l'époque, les officiants religieux ne pratiquaient aucune discrimination selon le genre lors du baptême. Sans pour autant parler de sexisme, qui est un terme sans doute un peu fort, une différence selon le genre est cependant présente en ce qui a trait aux ondoyés décédés. Moins d'enfants déclarés de sexe féminin ont bénéficié de ce substitut au baptême ce qui laisse à penser que les petites filles ont été davantage victimes de négligence à cause de leur statut au sein de la société par les leurs (parents, proches de la famille). Les ondoyés décédés de sexe inconnu ne représentant que 4,8% des enfants décédés en bas âge, nous ne pensons pas qu'ils soient la cause de biais dans nos résultats.

Au mépris des ravages du temps et de toutes les formes de négligence qui furent effectives à l'époque, il demeure que nous disposons de 24,1% de décès infantiles sur tout l'ensemble des naissances relevées s'étant produites au cours de la période observée. Autrement dit, avec les données extraites des registres, c'est près d'un quart des enfants qui sont décédés avant leur premier anniversaire, soit les niveaux estimés par les scientifiques des XVIIe et XVIIIe siècle! C'est dire si cette mortalité dite *apparente* (non corrigée) de la colonie donne déjà lieu d'espérer de bonnes désagréations. Toujours est-il qu'au-delà de ces assertions, il est indispensable d'appliquer des méthodes de correction, pour approcher les niveaux réels de la mortalité et mesurer l'amplitude des crises, même si nous savons que le sous-enregistrement des décès infantiles est moindre lors de la cession de la colonie qu'au début du XVIIe siècle. L'évaluation des données nous a donc aidés à savoir à quoi nous en tenir pour la suite de ce travail, à savoir leurs avantages et surtout leurs limites.

Au-delà des aspects descriptifs, nous avons vu que l'analyse explicative de la mortalité infantile requiert, pour se fonder sur des assises solides, à la fois de données riches et d'outils statistiques adéquats. Or, il est fréquent, dans les sciences sociales, que le chercheur se limite aux données dont il dispose et ne peut espérer que l'explication partielle d'un phénomène étudié. Notre cas ne fait malheureusement pas exception à cette règle. Néanmoins, les documents anciens qui sont l'essence de ce travail fournissent suffisamment d'informations pour prétendre à la compréhension fragmentaire de la synergie entre la reproduction et la mortalité des enfants. L'examen attentif des facteurs pris en considération, leur nature et les éventuelles interactions mérite d'être concrétisé. De là, les conditions requises sont celles d'analyser une population socialement homogène, exempte de pratiques perturbant le cours naturel de la reproduction, et dont le lieu de résidence (zone urbaine) ne soit pas un facteur exogène subversif (statut nutritionnel de la mère et de l'enfant, conditions de vie, agents infectieux) dont la présence se manifeste sous une forme endogène.

CHAPITRE 3

LES NIVEAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE (1621-1779)

«Si tu veux une femme qui n'aura jamais les cicatrices de la variole, marie une laitière»

Dicton

«L'air y est extrêmement sain en tout temps : mais surtout l'Hyver on voit rarement des maladies en ces Pays-icy» écrivit Pierre Boucher, gouverneur de Trois-Rivières, dans ce qui fut le premier ouvrage consacré à la Nouvelle-France, en 1664¹. Dans celui-ci, Pierre Boucher dépeignit toutes les ressources qu'offrait cette terre qui ne méritait, selon lui, qu'à être exploitée et peuplée de bonnes gens. L'œuvre fut une sollicitation du gouverneur afin d'obtenir du roi une intervention sur sa colonie bien-aimée. La description enthousiaste que l'auteur fit de la colonie par ses observations rigoureuses demeura-t-elle intacte durant l'existence de ce fleuron français? Les témoignages extraits des échanges épistolaires et les documents religieux des XVIIe et XVIIIe siècles réfutent à eux seuls toute réponse positive et les recherches scientifiques passées qui découlent de ces archives ont démystifié tout préjugé porté sur les ancêtres canadiens-français.

Dès lors, il est légitime de se questionner sur l'impact des modifications politico-territoriales et démographiques de la colonie sur la vie de ses habitants et en particulier, sur celui des enfants. Si, en 1683, Jacques de Meulles, intendant de la Nouvelle-France (1682-1686) surenchérisait les propos de Pierre Boucher², que s'est-il exactement produit durant les décennies suivantes? Quels sont les enfants qui ont le plus pâti des conséquences de la position géographique de la colonie, de la croissance de la population, de la mise en place d'une organisation politico-sociale, culturelle et

¹ BOUCHER, Pierre. *Histoire naturelle et véritable des mœurs et des productions du pays de la Nouvelle-France, vulgairement dite le Canada*. Paris, Florentin Lambert, 1664, p. 142.

² Dans une lettre au ministre Colbert, de Meulles affirma : *«L'air y est extrêmement sain, Les pères et mères y élèvent si heureusement leurs enfans qu'ils n'en perdent que par accident et presque jamais par maladies»*. *Lettre de De Meulles au Ministre – Compte rendu* (4 novembre 1683), Bibliothèque et Archives Canada, C-2376, Vol.6-1, F6.

administrative et territoriale qui en découlent? Ces effets, qui s'expriment entre autres par des mœurs propres à chacune des couches sociales, par l'intrusion de maladies infectieuses, par la variation des prix des denrées de base en fonction de leur rareté, par des conflits entre les Français et les Britanniques, ont-ils été différentiels et évolutifs sur la vie des tout-petits entre les deux siècles observés?

Dans ce troisième chapitre, qui constitue l'un des deux aspects du cœur de cette recherche, nous ne pouvons prétendre répondre à toutes les interrogations que suscite l'étude de la mortalité des enfants au Québec ancien. Nonobstant le désir légitime de satisfaire cette ambition, les limites de ce travail nous bornent dans cette partie à privilégier l'aspect descriptif, évolutif et exploratoire de la mortalité infantile, en tentant à la fois d'identifier les crises apparentes de la mortalité et d'estimer l'intensité des plus saillantes. Les caractères différentiels que cette dernière peut contenir seront abordés sous les thèmes du genre, du lieu de résidence et de la catégorie sociale à laquelle l'enfant appartient. Puisque tous les traits de la mortalité ne peuvent être traités ici, nous avons choisi de mettre l'emphase sur une pratique propre aux élites – la mise en nourrice – qui, par son essence, condamne une multitude de petits êtres innocents.

L'enrichissement de ce portrait de la mortalité des enfants durant les XVIIe et XVIIIe siècles canadiens peut se réaliser de différentes façons. Notre attention s'est particulièrement portée vers l'observation des évolutions de la mortalité endogène et exogène qui constituent les composantes de la mortalité en bas âge. Appliquée d'abord à l'ensemble des enfants quelle que soit leur origine puis selon leur lieu de résidence/naissance, il sera dès lors bien plus aisé de percevoir l'origine des variations qui ont affecté le phénomène au cours de la période examinée, en connaissance des contextes sociaux-politiques de l'époque.

Compte tenu des remarques émises dans le chapitre précédent sur la qualité de l'enregistrement des événements (naissances et décès), il appert que nous ne devons pas limiter la description évolutive de la mortalité des enfants selon quelques critères aux seules données fournies par les registres paroissiaux et autres documents nominatifs car nous savons désormais qu'ils ne furent malheureusement pas exhaustifs. Outre les omissions volontaires, variables et circonstanciées, il reste que plusieurs de ces écrits ont aussi souffert des outrages du temps et de la négligence de l'homme. En conséquence,

l'estimation de la mortalité apparente des enfants – celle qui repose sur les données non-corrigées – ne peut être que dépréciée. La mesure du sous-enregistrement des décès d'enfants octroiera la possibilité d'en observer les inconstances. Il est donc de notre ressort de restaurer méthodiquement l'évolution du phénomène tel qu'il devait l'être à l'époque, dépendamment des mêmes thèmes cités précédemment.

1. LES NIVEAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE APPARENTE

Cette section constitue le premier volet de l'étude de la mortalité infantile, c'est-à-dire les niveaux mesurés à l'aide des décès tels que rapportés par les documents. D'après les écrits de nos prédécesseurs et nos propres constatations, il semble qu'il n'y ait pas lieu de s'inquiéter quant à la qualité des résultats espérés, bien que nous sachions d'avance que ceux-ci seront sous-estimés en fonction du contexte conjoncturel de la colonie évoqué au cours du premier chapitre, surtout durant les trois premiers quarts du XVII^e siècle. Néanmoins, à l'aide des travaux déjà réalisés sur le sujet et grâce aux échanges épistolaires opérés entre la métropole française et sa colonie outre-Atlantique, nous pensons dégager de cet examen descriptif des particularités démographiques propres à ce territoire et qui n'ont jusqu'à présent pas encore été observées pour d'autres sociétés anciennes.

1.1. Mortalité infantile générale

Grâce à l'avancée des travaux de dépouillement et d'informatisation des actes paroissiaux dans le cadre de l'élaboration du *Registre de Population du Québec Ancien* (R.P.Q.A.), nous avons pu extraire des données relatives aux naissances et aux décès d'enfants jusqu'en 1779³, ce qui fait qu'une partie de ces données est totalement inédite relativement à l'étude des niveaux de mortalité infantile généraux. En effet, Charbonneau (1975) et Henripin (1954) avaient avancé des résultats jusqu'en 1729 pour le premier et 1735 pour le second. Nault, Desjardins et Légaré (1990) avaient pour leur part présenté un premier graphique exposant les niveaux de mortalité infantile et néonatale apparente pour la période 1659-1728⁴. Enfin, bien qu'étant plus intéressés aux conséquences à long terme des conditions de vie dans la prime enfance qu'à la mortalité infantile comme telle, Gagnon et Mazan (2009) ont rapporté des taux corrigés pour la période 1680-1749. Ainsi,

³ Les naissances ont été compilées de 1621 jusqu'en 1778, mais les décès d'enfants ont quant à eux été compilés jusqu'en 1779, afin de pouvoir rapporter ces décès d'enfants de moins de un an à leur génération de naissance en 1778, dans le but d'obtenir un quotient et non un taux de mortalité infantile.

⁴ NAULT, DESJARDINS et LÉGARÉ (1990), *op. cit.*, p. 278.

cette thèse ajoute 30 années inédites sur une période charnière dans le développement de la jeune population québécoise. Pour la première fois, le portrait de la mortalité infantile couvre l'ensemble de l'existence de la Nouvelle-France et ainsi que les deux premières décennies du Régime Anglais.

1.1.1. Évolution temporelle

Complétant et actualisant la recherche de Nault et al., la Figure 3.1 se prononce effectivement en la faveur de Pierre Boucher ou de Marie de l'Incarnation qui, également en 1664, corroborait les propos du gouverneur de Trois-Rivières⁵. Si quelques saillantes fluctuations des quotients de mortalité infantile apparaissent entre 1640 et 1660, il faut les imputer aux faibles effectifs de la population résidante plutôt qu'à de réelles poussées de mortalité. Souvenons-nous en effet, qu'avant la prise en charge de la colonie par la monarchie française au cours de la décennie 1660, moins de 3 000 personnes étaient établies sur le territoire. Compte tenu du déséquilibre entre les sexes⁶ et des faibles effectifs d'enfants, chaque décès infantile supplémentaire provoque en proportion un accès du phénomène.

Toutefois, en connaissance du sous-enregistrement décès d'enfants dans la colonie⁷, il appert que les quotients apparents sont moindres que ceux observés dans la France rurale à la même époque⁸. Puisqu'au XVIIe siècle, le paysage colonial est foncièrement de type rural, les niveaux de mortalité infantile estimés expriment alors que les conditions de vie en terre canadienne étaient plus favorables que celles de la métropole, même si des disparités régionales y ont été constatées. Cette particularité tire son origine de l'inexploitation du territoire à «l'occidentale».

En effet, auparavant habité seulement par les tribus amérindiennes dont le mode de vie se traduit par une communion avec la nature, la colonie offrait à ses débuts des terres riches, une faune abondante et variée, une flore parfois inédite, un climat peu éprouvé,

⁵ Le 18 août 1664, celle-ci écrivait : «*L'air de ce pays est très sain, on voit peu d'enfants mourir dans le berceau*».

⁶ D'après les recensements de 1666 et 1667, deux fois plus d'hommes que de femmes résidaient dans la colonie. CHARBONNEAU et al. (1987), *op. cit.*, p. 9 et suivantes.

⁷ Le sous-enregistrement des décès infantiles observé pour Neuville est de 18,4% (1653-1762), 13,2% pour Beauport (1673-1762), 27,3% pour Deschambault (1679-1762), 41% pour Québec (1621-1765).

⁸ Jacques Houdaille, sur la mortalité des enfants dans la France rurale (1690-1779) expose en début d'article une synthèse de résultats obtenue à partir d'une trentaine de recherches. Il obtient par moyenne non pondérée des quotients non corrigés variant entre 164‰ (quart Sud-Ouest) et 247‰ (quart Nord-Est). HOUDAILLE (1984), *op. cit.*, p. 77-78.

des eaux pures et un air vierge d'agents infectieux. Par conséquent, il n'est pas étonnant que les premiers petits Canadiens-Français aient eu de meilleures probabilités de survie que leur postérité.

Dès lors que l'immigration principalement féminine des années 1663-1773 fut concrétisée afin de résorber le déséquilibre entre les sexes, celle-ci fournit l'impulsion nécessaire à la croissance naturelle de la colonie. Désormais, les années favorables à la survie des tout-petits vont peu à peu laisser place aux premières poussées de mortalité connues du XVII^e siècle. Ces dernières constituent l'amorce d'une série de crises de mortalité principalement de nature infectieuse et d'amplitudes similaires jusqu'à cette cause de décès devienne cyclique et endémique. On assiste alors, au cours du XVIII^e siècle canadien, à une augmentation progressive de la mortalité infantile qui tend à rejoindre celle de la métropole, où plus d'un quart des enfants ne franchissent pas leur premier anniversaire.

1.1.2. Les crises de mortalité

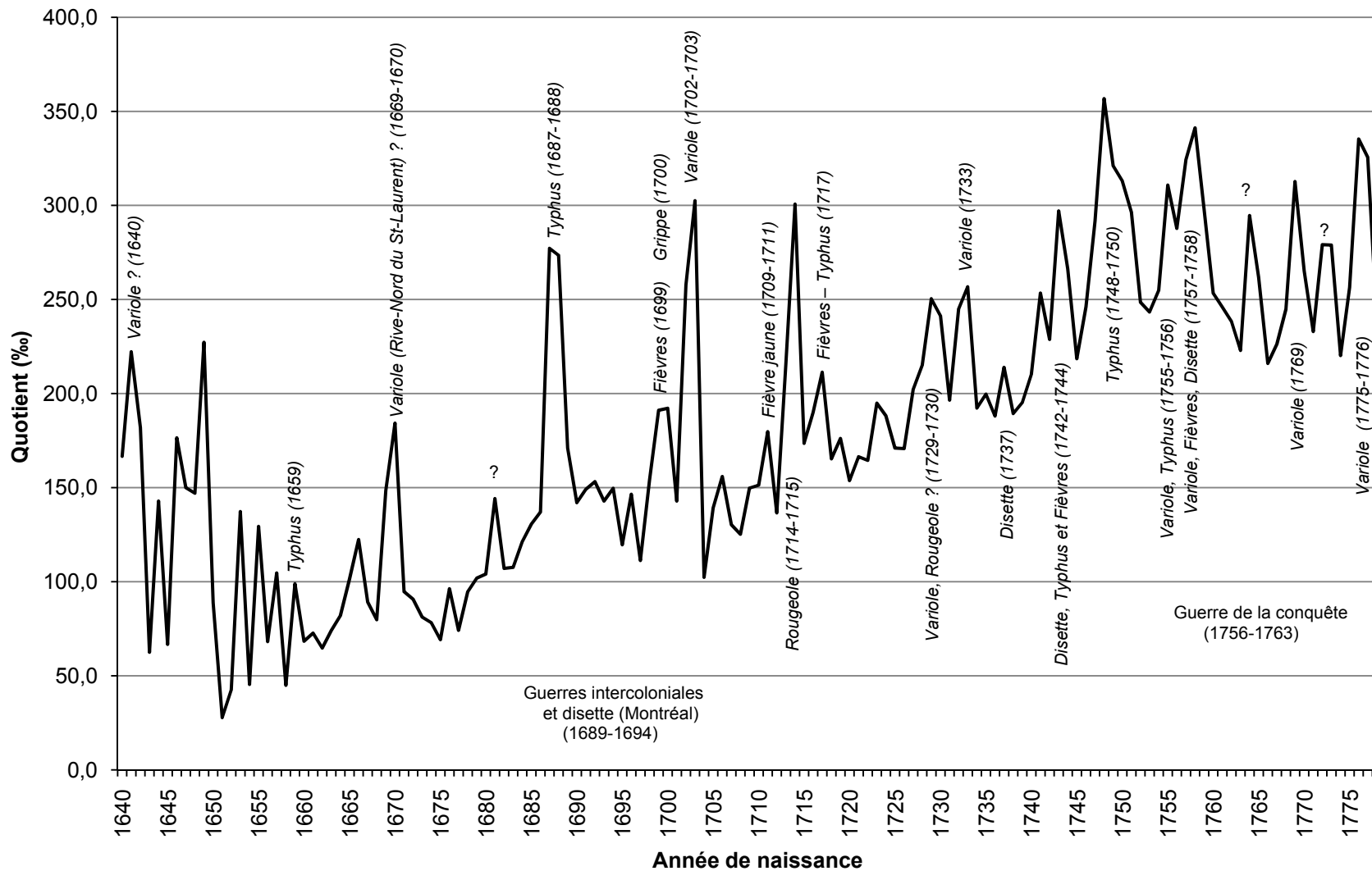
Il est connu que maintes crises de mortalité ont jalonné l'histoire du Québec ancien. Épidémies, guerres et famines firent régulièrement leur apparition jusqu'à faire partie intégrante des craintes quotidiennes des familles canadiennes-françaises. Dans cette partie, nous verrons d'abord que, même si les données apparentes divulguent des niveaux de mortalité en dents de scie précises, il n'en reste pas moins que l'identification de chacune d'elle est loin d'être aisée. Premièrement, les documents coloniaux sont souvent imprécis⁹. Deuxièmement, plusieurs causes de décès peuvent être à l'origine d'une pointe de mortalité infantile et chacune de ses causes peut mutuellement dissimuler l'effet de l'autre. Par conséquent, il est de notre responsabilité de mentionner que, puisque la raison du décès n'est pas ou peu indiquée, la nomination d'une crise de mortalité risque d'être sujette à caution.

1.1.2.1. *L'identification des crises : le désaccord des sources*

Le profil de la mortalité des enfants produit par la Figure 3.1 laisse percevoir une kyrielle d'accès de mortalité dont les mentions dans les archives ne conduit pas forcément

⁹ L'imprécision est aussi nourrie par le manque de documentation de l'époque sur les maladies. MAZAN et al. (2009), *op.cit.*, p. 297.

FIGURE 3.1 Quotients apparents de la mortalité infantile pour l'ensemble du territoire (1640-1779)



Note : Quotient de mortalité infantile apparent pour toute la période : 240,9‰

à une formelle identification de chacune des crises visibles. Il faut se souvenir que la médecine précédant l'époque des Lumières était suffisamment rudimentaire pour que les scientifiques ne sachent très souvent que décrire les symptômes, sans pour autant savoir exactement de quelle maladie il s'agit, comment opère l'agent pathogène et encore moins comment l'éradiquer ou soigner le patient. Tant est si bien que les échanges épistolaires du XVIIe siècle évoquent surtout la présence de «fièvres des navires», «fièvres des prisons», «fièvres pourprées», «fièvres pernicieuses, pestilentielles, putrides ou malignes» qualifiant tout aussi bien la rougeole, la variole ou le typhus. Cependant, au fur et à mesure que les décennies s'écoulent et que les recherches en médecine s'effectuent, il ressort des quelques lettres échangées entre les autorités coloniales et métropolitaines retenues pour les fins de ce travail que l'identification des crises de mortalité, outre celles dues à la guerre ou aux disettes, sont plus fréquemment désignées nominativement qu'auparavant même si les termes génériques de «maladie» ou «fièvres» restent encore courants.

De plus, les sources plus récentes ne s'accordent pas forcément sur l'identification des maladies qui ont sévi dans la colonie. D'aucuns citent la présence d'épidémies non identifiées à une date spécifique, d'autres affirment la forte prévalence de la variole au XVIIe siècle, d'autres encore nomment différentes maladies pour une même année. Cela n'est pas étonnant compte tenu du fait que les écrits des XIXe et XXe siècle s'appuient sur les incertitudes même des érudits de l'époque et que les chercheurs contemporains ne vérifient pas toujours scientifiquement leurs propos. Par conséquent, les erreurs d'identification se transmettent et l'estimation des effectifs de personnes affectées par ces fléaux s'en trouve magnifiée.

Plusieurs explications à ce phénomène peuvent être apportées. En premier lieu, mentionnons de nouveau les lacunes de connaissances en termes de médecine. Le 20 septembre 1699, Louis-Hector de Callières et Jean Bochart de Champigny respectivement gouverneur et intendant de la Nouvelle-France écrivaient :

«La colonie a été affligée au commencement de l'année 1699 d'une maladie contagieuse qui a attaqué presque toutes les familles ce qui en a enterré plusieurs personnes. On est redevable aux soins du Sieur Sarrazin qu'elle n'ay pas fait un plus grand progrès»¹⁰

¹⁰ *Lettre de Louis-Hector de Callière et Jean Bochart de Champigny (extrait), 20 septembre 1699, C-2410, Vol. 120-1, F-12 (de l'original), Fol. 64.*

Charles de la Boische, marquis de Beauharnois et Gilles Hocquart, aux mêmes fonctions politico-administratives, mentionnaient également lors d'une épidémie en 1740 :

«Il est heureux que cette maladie n'en ayt point enlevé un plus grand nombre; Ils y sont tous passés. Nous esperions il y a quelques temps qu'Elle n'auroit plus de suite. Elle recommence et nous Enleve journellement quelque Citoyen. Ce n'est point absolument la Peste, mais elle en a quelques simptome, Tels sont le Pourpre, le Charbon et les Parotides»¹¹

Ces citations, parmi d'autres, reflètent la difficulté des dirigeants à établir la nature de ces maladies contagieuses qui semble avoir affecté aussi bien les adultes, que les enfants. Dès lors, l'absence d'identification sollicite une libre interprétation de la part du chercheur.

Un autre point mérite d'être soulevé : d'après nos recherches, nous avons constaté l'image inversée que celle citée précédemment, à savoir que l'imprécision se traduit également par l'énoncé de plusieurs maladies pour une même période. A titre d'illustration, citons Jacques-René de Brisay, marquis de Denonville et gouverneur de la colonie (3 novembre 1687):

«Il est mort un fort grand nombre d'habitans dans ce pays de tous ages, aussy bien que dans nos sauvages habitues de la colonie, nos curés ne nous en ont pas envoyé de memoires parce qu'il en meure tous les jours. ces maladies ont commencé par la rougeolle. Il y a eu du pourpre, et ensuite des fluxions sur la poitrine»¹²

Loin de nous l'idée de réfuter les propos de Denonville, certains écrits contemporains ont eu tendance à exclure la possibilité que plusieurs maladies aient sévi en 1687 pour n'en citer qu'une. Ainsi, Goulet et Paradis interprètent le «pourpre» comme étant la variole, Charbonneau l'impute au typhus et Dêchene confirme la présence de la rougeole pour Montréal¹³. Des recherches poussées dans les archives et une étude par groupes d'âge et par régions départageraient ces avis et apporteraient certainement un éclairage sur ce thème. Les résultats obtenus, corrélés avec les propriétés connues de chacune des maladies, faciliteraient l'identification du (ou des) fléau(x). Aucun des auteurs ne suggère que les fluxions de poitrine mentionnées par le gouverneur symbolisent la pneumonie, qui

¹¹ *Lettre de Beauharnois et Hocquart au ministre*, 8 octobre 1740, C-2393, Vol. 73. Fol. 26v-27. Il s'agirait de l'introduction du typhus par le vaisseau «Le Rubis» ayant décimé les membres de l'équipage et s'étant propagé par la suite à Québec.

¹² *Lettre de Denonville et Champigny au ministre*, 3 novembre 1687, C-2377, Vol. 9, F-9 (de l'original), fol. 5.

¹³ GOULET et PARADIS, *op. cit.*, p. 178; CHARBONNEAU, Hubert. «Les grandes mortalités épidémiques avant 1760». *La rubrique du P.R.D.H.*, Vol. 46, no 2 (été 1995), p. 131. DECHÊNE, *op. cit.*, p. 118.

est une des complications dont peut souffrir le sujet s'il ne succombe pas directement à la rougeole¹⁴. Dans le cas de nos enfants canadiens, nous pensons que la rougeole et/ou le typhus sont les causes directes de leur décès eu égard à la virulence avec laquelle ces maladies ont frappé. Ceci est probablement dû à l'immunité non acquise par les nourrissons qui n'ont encore jamais eu de contact avec une forme bénigne de la rougeole. Ainsi, plus d'un quart des enfants de moins d'un an ont été fauchés par ces épidémies (277,2‰).

1.1.2.2. *La Grande Faucheuse d'enfants*

Aux XVIIe et XVIIIe siècle, il n'était pas rare qu'après l'arrivée des bateaux en provenance d'Europe, les hauts dirigeants de la colonie écrivissent dans les semaines suivantes qu'une maladie «courre dans le pays». Les agents infectieux les plus récurrents furent le typhus, la variole, la rougeole, la dysenterie et diverses gripes. Une annexe recensant les sources qui ont tenté d'identifier les causes de grandes mortalités sur le sol canadien a été réalisée par nos soins (Annexe 3.1).

La croyance populaire veut que la variole ait été présente à maintes reprises au cours du XVIIe siècle. Le rapport du recensement canadien de 1870-1871 ainsi que Goulet et Paradis qui synthétisent en un chapitre la chronologie des épidémies au Québec depuis ses origines, mentionnent la présence du virus variolique en 1639, 1661-1663, 1669-1670, 1678, 1687 et 1697-1699¹⁵. Bien qu'il soit possible que la variole explique la pointe de mortalité infantile observée en 1669-1670 sur la Figure 3.1 (148,4 et 184,3‰), il semble peu probable qu'elle ait eu un caractère endémique à l'aube du XVIIIe siècle. En effet, Bertrand Desjardins démontre démographiquement que si cela avait été le cas, peu d'adultes canadiens, auraient été affectés par la variole durant l'épidémie de 1702-1703 puisque le contact avec le virus variolique immunise l'individu à vie. Celle-ci est la première épidémie du XVIIIe siècle, la plus fulgurante après celle de 1687 et de typhus/grippe de 1699-1701, où plus d'un quart d'enfants âgés de moins d'un an décèdent (257,7 et 302,5‰).

La rougeole refait son apparition dans la colonie en 1714-1715 et élimine en proportion presque autant d'enfants que dix ans plus tôt avec la variole (300,7‰). Ceci n'est pas

¹⁴ Seuls Mazan et al. apportent ces précisions. MAZAN et al. (2009), *op. cit.*, p. 297.

¹⁵ GOULET et PARADIS, *op. cit.*, p. 175-178.

singulier puisque les nourrissons, fragiles de constitution, sont les premiers à succomber¹⁶. La courbe de la mortalité infantile dégage à partir des années 1730 des niveaux ascendants qui finissent par franchir le seuil de 200‰. Durant les trente années de paix suivant le Traité d'Utrecht (1713) où l'Acadie est cédée à l'Angleterre, la colonie dispose de sa propre organisation composée des trois gouvernements dont les chefs-lieux sont les paroisses urbaines de Québec, Montréal, et à une échelle plus petite, Trois-Rivières. La croissance de la population se réalise désormais essentiellement par les excédents des naissances sur les décès. Après le premier quart du XVIIIe siècle, les crises de mortalité soudaines telles que celle de 1687, de 1702-1703 et de 1714-1715 surviennent plus fréquemment, mais paraissent moins intenses que les trois premières, tout du moins jusqu'en 1740. Citons une maladie probable durant l'hiver 1729-1730 (250,4 et 241,3‰)¹⁷ mais surtout l'épidémie de variole qui surgit de nouveau à l'automne 1732, apportée par les navires du roi :

«La maladie que nous ont aporté les Vaisseaux du Roy de Rochefort en cet hyver na fais qu'augmenter dans ce pays & particulieremens la picotte dans laquelle on crois qu'il y a un peu de pourpre melé, a emporté une quantité de personnes de tous ages. Il n'y a poins de famille dans ce port qui ne s'ensance, ou quy ne s'en soit resseny, nous avons perdu depuis la derniere reveue dix a douze soldats, il y en a actuellement a lhospital une trentaine, peu en revienens de cette maladie»¹⁸

Quoi qu'il en soit, il ressort des correspondances anciennes que non seulement les crises de mortalité sont de plus en plus fréquentes mais qu'elles sont souvent précédées de disettes de vivres qui «alimentent» la vulnérabilité des habitants. Or, nous avons établi dans le premier chapitre qu'une mère qui subit des carences alimentaires risque de donner le jour à des enfants prématurés, plus fragiles et d'éprouver parallèlement une déplétion maternelle dépendamment du nombre de grossesses vécues. Or, les pénuries de vivres – essentiellement le blé – et la cherté qui en découle sont davantage citées après 1730 qu'elles ne l'étaient auparavant. Nous percevons en ce point un argument qui soutient une forte mortalité infantile, qui atteint en 1743 le même niveau que trente ans

¹⁶ Le nouveau-né n'est pas entièrement dépourvu d'anticorps. Cependant, il est incapable de produire une réponse immunitaire face à des corps étrangers. L'allaitement maternel aide l'enfant à renforcer son immunité, jusqu'à ce que celui-ci forge sa propre défense antibactérienne.

¹⁷ Gagnon et Mazan (2009, p. 1611) évoquent la varicelle pour l'année 1729, Charbonneau (1995, p. 129) cite la rougeole pour 1730, le rapport du recensement canadien de 1871 (p. 167) mentionne la rougeole et la coqueluche, Henripin (1954, p. 15) parle de disette et de famine. Goulet et Paradis (p.182) s'appuient sur l'intendant Hocquart évoquant la variole...

¹⁸ *Lettre de Monsieur de Saint-Ovide au ministre*, 24 Décembre 1732, C-9293, Vol.12, F-141 (de l'original), fol. 274-274v.

auparavant (297,1‰)¹⁹. Outre ces facteurs, notons que les conditions de vie se sont dégradées surtout dans les zones urbaines par la croissance de la population et que la pratique de la mise en nourrice est relativement intégrée dans les mœurs de l'élite canadienne. À l'aube des conflits franco-anglais, toutes les conditions sont réunies pour favoriser l'expansion des agents infectieux.

Durant l'année 1748, est visible un niveau apparent de mortalité infantile inégalé (356,7‰), présumé comme étant une épidémie de typhus par Charbonneau (1995). Troublés par les affrontements avec les Anglais, les enfants de la Nouvelle-France n'ont connu que peu d'années de répit : entre 1755 et 1758, surgit la «Grande Picote», épidémie de variole communément nommée ainsi probablement en raison des ravages qu'elle commît. Une nouvelle fois, un enfant sur trois ne survivra pas au-delà de son premier anniversaire (341,2‰). Au moment de la Conquête et durant les premières années de la nouvelle «Province of Quebec», les quotients apparents se situent rarement en dessous de 250‰. Ils demeurent ainsi au seuil franchi dans les années 1740. Le typhus, la variole, diverses fièvres et disettes se succèdent mutuellement et marquent cette période de troubles et de désorganisation politico-sociale (Annexe 3.1).

A première vue, il semble qu'aucune amélioration des niveaux ne soit visible au cours des deux premières décennies du Régime Anglais pour l'ensemble de la colonie. C'est pourquoi, pour valider cette assertion, il est en notre devoir de désagréger la population infantile en sous-ensembles. D'après nos connaissances établies à partir d'autres études sur le sujet et sur les caractéristiques socioéconomiques des familles, il est prévisible que des disparités se manifestent pour ces divisions. Avant de passer à cette étape, nous souhaitons estimer l'intensité des crises de mortalité infantile à partir de la méthode de Jacques Dupâquier qui présente le phénomène sous un autre angle.

1.1.3. Intensité de quelques crises de mortalité

La virulence d'une crise de mortalité est ostensible dès lors que la distribution annuelle (ou mensuelle) des décès manifeste des excès. L'effectif de décès – d'adultes ou bien

¹⁹ Dans ses observations météorologiques mensuelles, le médecin Jean-François Gauthier évoque entre l'été 1742 et le mois de septembre 1746, des mauvaises récoltes, des disettes, un hiver rude, des rhumes, des fluxions de poitrines, la pleurésie, des péripneumonies, des fièvres putrides vermineuses, des jaunisses, la dysenterie, les oreillons, des parotides, des esquinancies (angines) qui ravagent les villes et les campagnes. Pour les références, voir DU HAMEL, M. «Observations botanico-météorologiques, faites à Québec par M. Gautier...»

d'enfants – était la plupart du temps exagéré dans le désarroi causé par le fléau. A titre d'exemple, la Révérende Mère Juchereau de Saint-Ignace rapporte dans les *Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec* que l'épidémie de variole de 1702-1703 «*dura plusieurs mois, en sorte l'on comptoit sur les registres mortuaires plus de deux mille morts dans Québec, sans parler des environs qui n'eurent pas un meilleur sort*»²⁰. Même si l'exagération est irrécusable²¹ mais justifiée dans une telle situation, elle illustre surtout la vivacité avec laquelle la maladie a frappé ses sujets. L'estimation de la virulence d'une crise a été réalisée par l'historien Jacques Dupâquier et sa méthode, décrite dans le second chapitre, nous a conduite à plusieurs reprises à calculer l'indice d'intensité d'une crise en incluant ou en excluant la première de deux crises consécutives ayant eu lieu au cours des dix années précédant la seconde.

Les résultats présentés dans le Tableau 3.1 révèlent que sur un peu plus d'un siècle d'observation, les indices d'intensité des crises de mortalité estimés selon la méthode de l'historien français sont trois à quatre fois moindres à l'approche du XIXe siècle qu'ils ne l'étaient au cours du XVIIe siècle. Plusieurs interprétations sont susceptibles d'expliquer ce phénomène. En premier lieu, à l'exemple de Perrenoud ou Fridlitzius²², nous sommes tentés d'avancer l'hypothèse que les crises de mortalité aient perdu de leur virulence au fil des décennies. Faut-il y voir un équilibre biologique établi entre la véhémence des agents pathogènes et l'état immunologique des individus? En l'absence de recherches avancées, cette hypothèse ne peut être rejetée. Quoi qu'il en soit de l'identification de ces crises, il ne faut pas écarter la possibilité qu'outre la présence de maladies, d'autres facteurs jouent sur la force d'un agent infectieux sur la vie des tout-petits. Dès lors, ce n'est pas forcément la virulence de cet agent qui est remise en cause, mais les formes de protections que l'enfant détient en lui et qui sont soit immunitaires, soit exogènes. Parmi ces derniers, citons par exemple la prophylaxie, les soins médicaux ou encore une alimentation équilibrée. Il est peu probable que ces facteurs soient, dans le cas de la Nouvelle-France,

²⁰ JUCHEREAU DE SAINT-IGNACE, Jeanne-Françoise & DUPLESSIS, Marie-Andrée. *Les annales de l'Hôtel-Dieu de Québec, 1636-1716. Composées par les Révérendes Mères Jeanne-Françoise Juchereau de St-Ignace et Marie-Andrée Duplessis de Ste-Hélène, Anciennes Religieuses de ce Monastère*. Éditées dans leur Texte original avec une Introduction et des Notes par Dom Albert Jamet de l'Abbaye de Solesmes». (Québec), à l'Hôtel-Dieu de Québec, 1939. XLVII,(12), p. 308.

²¹ Au recensement de 1716, la paroisse de Québec comptait 2 285 habitants. GAUVREAU (1991), *op. cit.*, p. 26.

²² FRIDLIZIUS, Gunnar. «The Mortality Decline in the First Phase of Demographic Transition : Swedish Experiences», dans BENGTTSSON, T, G. FRIDLIZIUS et R. OHLSSON, *Pre-Industrial Population Change: The mortality decline and short-term population movements*. Lund: Amqvist & Wiksell International, p. 107-109; PERRENOUD, Alfred. «La mortalité des enfants en Europe francophone : État de la question». *Annales de Démographie Historique*, 1994, p. 88-89.

TABLEAU 3.1 Intensité estimée et magnitude des crises de mortalité selon la méthode Dupâquier

Année de crise	Type	Intensité estimée	Magnitude	Qualificatif
1669-1670	Variole?	12,3	4	Crise majeure
1687-1688	Rougeole/Typhus	14,5	4	Crise majeure
1702-1703	Variole	6,3 ¹	3	Forte crise
		15,6 ²	4	Crise majeure
1714-1715	Rougeole	8,1	4	Crise majeure
1729-1730	Variole/Rougeole?	6,5	3	Forte crise
1732-1733	Variole	3,2 ¹	2	Crise moyenne
		8,1 ²	4	Crise majeure
1747-1748	Variole/Typhus?	5,2	3	Forte crise
1757-1758	Variole/Typhus	4,9 ¹	3	Forte crise
		4,3 ²	3	Forte crise
1764	Non-identifiée	2,7 ¹	2	Crise moyenne
		4,4 ²	3	Forte crise
1769	Variole?	2,8 ¹	2	Crise moyenne
		3,7 ²	2	Crise moyenne
1776-1777	Variole	3,9 ¹	2	Crise moyenne
		4,5 ²	3	Forte crise

Note : 1. Incluant une première crise au cours des dix années précédant la seconde.
2. Excluant une première crise au cours des dix années précédant la seconde.

le fondement d'un recul éventuel de la virulence des agents pathogènes. En effet, l'introduction et les effets du vaccin antivariolique sont loin d'être généralisés et les grandes découvertes scientifiques dans le domaine sanitaire ne s'accomplissent pas avant le XIXe siècle. La prévention de la population ne se fait pas autrement que par la mise en quarantaine sous le régime colonial. De plus, avec la multitude de mentions de disettes relevées dans les archives²³, il est douteux que les familles canadiennes aient joui d'une parfaite alimentation, surtout durant la transition entre les gouvernements français et anglais²⁴.

Il reste qu'un autre aspect peut être évoqué pour expliquer les plus faibles indices d'intensité des crises de mortalité. Puisque ceux-ci sont établis grâce aux effectifs annuels

²³ Eu égard au nombre de correspondances témoignant des disettes de vivres, ces références ne sont pas répertoriées dans la bibliographie.

²⁴ Au cours du très rude hiver 1757-1758, la ration quotidienne du peuple est réduite à deux onces de pain, une demie livre de lard et un quarteron de morue, faute de blé, de bœuf voire de cheval. ARCHAMBAULT, Gilles. «La question des vivres au Canada au cours de l'hiver 1757-1758», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, Vol. 21, n°1, juin 1967, p. 16-50.

de décès infantiles et leur moyenne au cours des dix années précédant la crise sous observation, la hausse de cette moyenne voile quelque-peu l'intensité réelle de la crise.²⁵ Nous nous sommes prêtés au calcul de l'écart relatif (%) entre la moyenne des décès infantiles enregistrés en temps de mortalité normale (dix années précédentes)²⁶ et ceux transcrits durant une année de crise (Tableau 3.2). Alors que cet écart relatif se traduit par une différence de près de 260% entre dans la décennie 1660 et la crise de 1669-1670, il n'est plus que de 40% un siècle plus tard. En d'autres termes, le niveau de mortalité dite «normale» précédant chaque crise observée devient plus en plus élevé et tend à réduire l'intensité estimée de chacune d'elles.

TABLEAU 3.2 Estimation de l'écart relatif (%) entre les décès enregistrés lors d'une crise de mortalité et la moyenne des décès des dix années antérieures

Année de crise	Moy. des décès enregistrés lors de la crise Dx	Moyenne des décès annuels durant les dix années précédentes Mx	Écart absolu Dx-Mx	Écart relatif (%)
1669-1670	48,0	13,4	34,6	258,2
1687	131,5	47,9	83,6	174,5
1702-1703	228,0	91,0	137,0	150,5
1714	350,0	147,6	202,4	137,1
1729-1730	474,0	270,8	203,2	75,0
1732-1733	518,0	341,2	247,2	91,3
1747-1748	932,5	601,1	331,4	55,1
1757-1758	1254,5	902,4	352,1	39,0
1764	1398,0	986,0	412,0	41,8
1769	1544,0	1086,8	457,2	42,1
1776-1777	1939,0	1316,5	622,5	47,3

Il est à noter que si la mortalité «normale» est plus forte au fil des décennies, elle ne tire pas son origine uniquement de la dégradation des conditions de vie, de la promiscuité des habitants au sein des logis et des villes, des pratiques sociales ou des carences nutritionnelles ou curatives. Il faut se souvenir qu'au XVIIe siècle, le sous-enregistrement des décès était plus important que durant le siècle suivant. Dès lors que la mortalité «normale» est sous-estimée, cette particularité amplifie l'intensité des trois premières

²⁵ L'indice de Jacques Dupâquier se révèle alors inapproprié. Certaines crises risquent d'être sous-estimées.

²⁶ Si une crise de mortalité est présente dans les dix ans précédant celle observée, elle est exclue de notre calcul et remplacée par une année antérieure de mortalité normale. Par exemple, la crise perceptible en 1757-1758 inclut dans la décennie antérieure celle de 1747-1748. Cette dernière a été remplacée par une année de mortalité normale en 1746.

crises qu'a connue la colonie. Néanmoins, le sous-enregistrement des décès infantiles, dont nous quantifierons l'ampleur plus loin, n'ôte aucunement le qualificatif de «crises majeures» pour ces trois épidémies dévastatrices.

Enfin, l'utilisation d'une série tronquée, c'est-à-dire sans les années de crises présentes au cours des dix années précédant la crise observée, amenuise les risques d'obtention d'une moyenne et d'un écart-type trop élevés qui réduiraient l'indice d'intensité calculé. Pour les crises où ce schéma s'est produit (Tableau 3.1), il est clair que le second indice obtenu semble mieux mesurer l'intensité de la poussée de mortalité étudiée, jusqu'à parfois la doubler. Toujours-est-il qu'en fin de période, l'écart entre les deux intensités s'amoinde, probablement pour les mêmes raisons que citées précédemment.

1.1.4. Le marquis de Montcalm : un précurseur

Il est regrettable, avec la conscience des ravages que produisent les fléaux épidémiques, que les autorités coloniales n'aient éprouvé qu'un intérêt modéré quant à la protection de leurs sujets. Pourtant, la menace constante de populations ennemies aux frontières du territoire aurait dû éveiller, dans la haute hiérarchie, l'inquiétude nécessaire qui constitue l'amorce de gestes apotropaïques. Si efforts il y eut – reconnaissons la mise en quarantaine ou la collecte annuelle des déchets en milieu urbain –, les dirigeants n'ont pas été avares d'injonctions en termes d'hygiène publique mais ont été soumis aux difficultés de les faire respecter. C'est probablement la raison pour laquelle ces décrets ont été si nombreux. Nonobstant l'ignorance des scientifiques et des érudits en matière de pathologie, Louis-Joseph de Montcalm, lieutenant général des armées de la Nouvelle-France, fait figure de pionnier lorsqu'il note le 8 mai 1756 dans son journal de campagne :

«La petite vérole a fait de grands ravages en Canada l'hiver dernier; cette maladie n'y paroît que de loin en loin, mais elle est toujours funeste et épidémique. L'inoculation qui commence à s'introduire en France, en Suisse et dans le Nord, n'y fera pas sitôt des progrès. Les sauvages n'aiment pas les innovations, et les Canadiens joignent quelquefois à une dévotion estimable, des préventions qui leur feront rejeter une méthode que je crois utile à la conservation de l'espèce humaine, sous prétexte qu'il n'est pas permis de donner un mal certain, quelque petit qu'il soit, pour un bien; il peut y avoir quelque degré d'incertitude.»²⁷

²⁷ *Journal du Marquis de Montcalm durant ses campagnes en Canada de 1756 à 1759.* Publié sous la direction de l'abbé H.-R. Casgrain, Québec, Imprimerie de L.-J. Demers & Frère, 1895, p. 59.

Les propos de Montcalm, qui se situent plus d'une décennie avant les premiers essais d'inoculation en sol canadien par le chirurgien militaire James Latham, témoignent à la fois de la réticence des résidents face aux découvertes scientifiques et à la fois aux dépréciations des Canadiens qui imprègnent leur vie au quotidien. Il appert d'une part que le rejet des innovations provient de l'inscience des colons et que ce comportement, compte tenu du contexte de l'époque, paraît tout à fait légitime. D'autre part, on retrouve de nouveau l'idée que tout sur terre est expliqué par la volonté du Dieu Tout-Puissant et que rien ne peut aller à l'encontre de celle-ci²⁸.

1.2. Une gracieuseté de la Nature : être une fille

Si le Créateur fut autrefois le responsable des fléaux faucheurs de vie d'êtres innocents, il fut aussi l'architecte de caractéristiques propres à l'espèce humaine et spécifiques au genre des individus. Celles-ci, qui se signifient entres-autres par un rapport de masculinité de 105 garçons pour 100 filles à l'aurore de la vie, s'expriment également par un équilibre naturel lorsque cette dernière s'achève – si courte fut-elle – par une surmortalité masculine.

1.2.1. Un profil conforme

L'évolution des quotients de mortalité infantile selon le sexe de l'enfant (Figure 3.2), construite à partir de moyennes mobiles quinquennales composant une forme de lissage des données, confirme la présence d'une surmortalité masculine des enfants de moins d'un an dans la colonie. La seule exception par ailleurs inexplicée demeure autour de l'année 1670. Lors des trois premières épidémies dévastatrices (1687, 1702 et 1714), où les quotients avoisinent 300‰, la maladie affecte autant les petits garçons que les petites filles²⁹. Écartées toutes fluctuations transitoires qui auraient affecté l'interprétation de ces résultats, il s'avère par conséquent que l'écart entre les deux séries de quotients soit plus grand entre les crises de mortalité. En d'autres mots, la surmortalité masculine est plus flagrante en temps de mortalité «normale».

²⁸ Le gouverneur général Denonville illustre notre pensée et écrit en 1687 : «*Dieu visite bien cette année la colonie par la maladie universelle, les Navires du Roy ont apporté la rougeole qui a commencé a nostre hopital de Kebec et a couru partout tres peu de gens en ont été exempte, Il y a eu du pourpre parmy. Il est mort bien du monde de cette maladie de tous ages et de tous sexes*». DENONVILLE Jacques-René (marquis de), *Mémoire de l'état présent des affaires de Canada, par Denonville, 27 octobre 1687, C-2377, Vol. 9, F-9 (de l'original), fol. 130.*

²⁹ Rares sont les fois où la mortalité féminine dépasse celle des garçons (1670, 1706 et 1723). En 1681, une petite crise de mortalité affecte 1,6 fois plus de garçons que de filles. Ce phénomène singulier, s'il ne provient pas d'un enregistrement des décès différentiel, de la petitesse des effectifs annuels ou du hasard, demeure inexplicé.

FIGURE 3.2 Quotients apparents de la mortalité infantile selon le sexe de l'enfant (Moyennes mobiles quinquennales) (1660-1779)

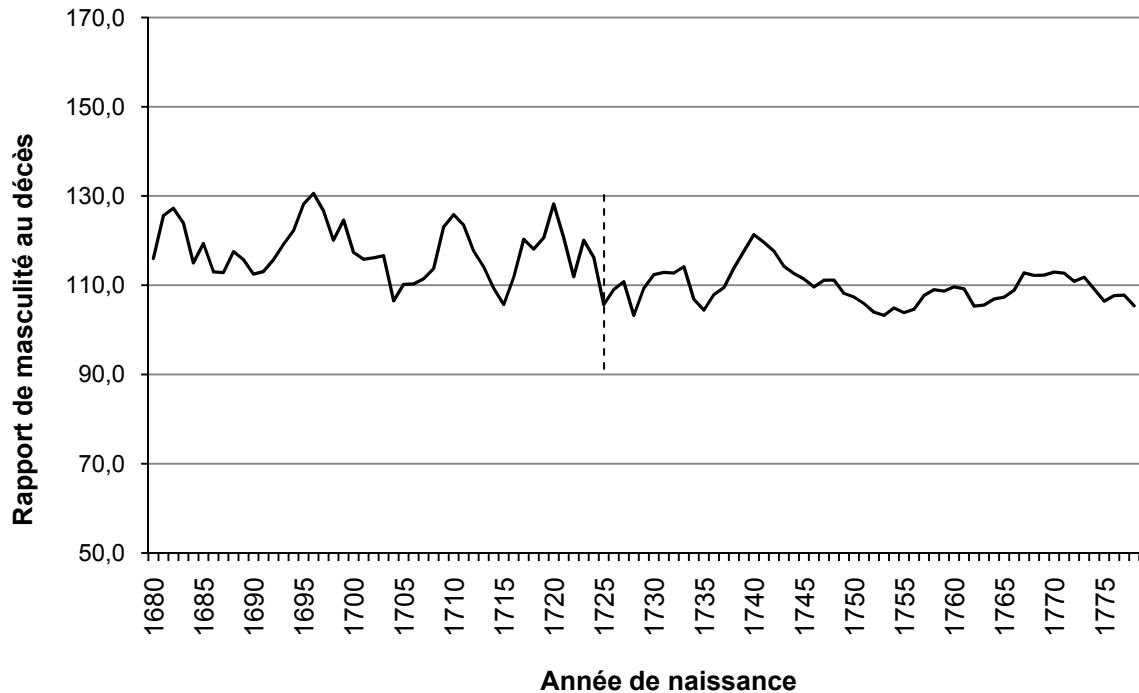


Note : ne sont pas inclus 2 816 enfants déclarés de sexe inconnu. Il s'agit par définition d'enfants décédés avant leur baptême, pour lesquels il n'y a aucune raison de croire que les filles y seraient surreprésentées, ce qui pourrait expliquer, au moins en partie, la différence observée entre les sexes.

1.2.1. Rapport de masculinité au décès

Si nous avons démontré dans le chapitre précédent qu'aucune discrimination n'a été perceptible au niveau de l'enregistrement des décès d'enfants, il est pertinent de s'interroger sur le «comportement» du rapport de masculinité au décès au cours du temps. Il se dégage deux phases principales de durées égales de l'évolution du rapport de masculinité, dont l'une se situe dans la période 1680-1725, l'autre dans les cinq décennies suivantes. Dans la première, le rapport de masculinité au décès oscille entre 110 et 130, ce qui signifie qu'entre 1,1 et 1,3 plus de petits garçons décédaient comparativement aux petites filles. L'explication se trouve sans doute dans le fait que les trois épidémies qui marquent cette période furent proéminentes si bien que celles-ci octroyèrent d'une certaine manière plus de place à la mortalité «normale» où, nous l'avons constaté précédemment, les décès masculins prédominent. La seconde phase comporte davantage de maladies à l'état endémique et où la mortalité «normale» détient une durée plus restreinte. Dès lors, le rapport de masculinité au décès fluctue plutôt entre 105 et 115.

FIGURE 3.3 Rapport de masculinité au décès pour l'ensemble du territoire (Moyennes mobiles quinquennales) (1660-1779)



Note : ne sont pas inclus 2 816 enfants déclarés de sexe inconnu.

1.3. Le lieu de résidence : un facteur de survie différentielle

Bien que l'observation de la mortalité infantile pour l'ensemble de la Nouvelle-France soit intéressante et inédite, une division géographique s'impose. Nous avons vu que la mortalité infantile augmentait graduellement jusqu'à ce qu'environ un enfant sur trois décède avant son premier anniversaire (Figure 3.1). Qu'en est-il spécifiquement dans les villes et les campagnes? A partir de quel moment le caractère urbain devient concret en Nouvelle-France et engendre une mortalité distincte entre le milieu urbain et rural?

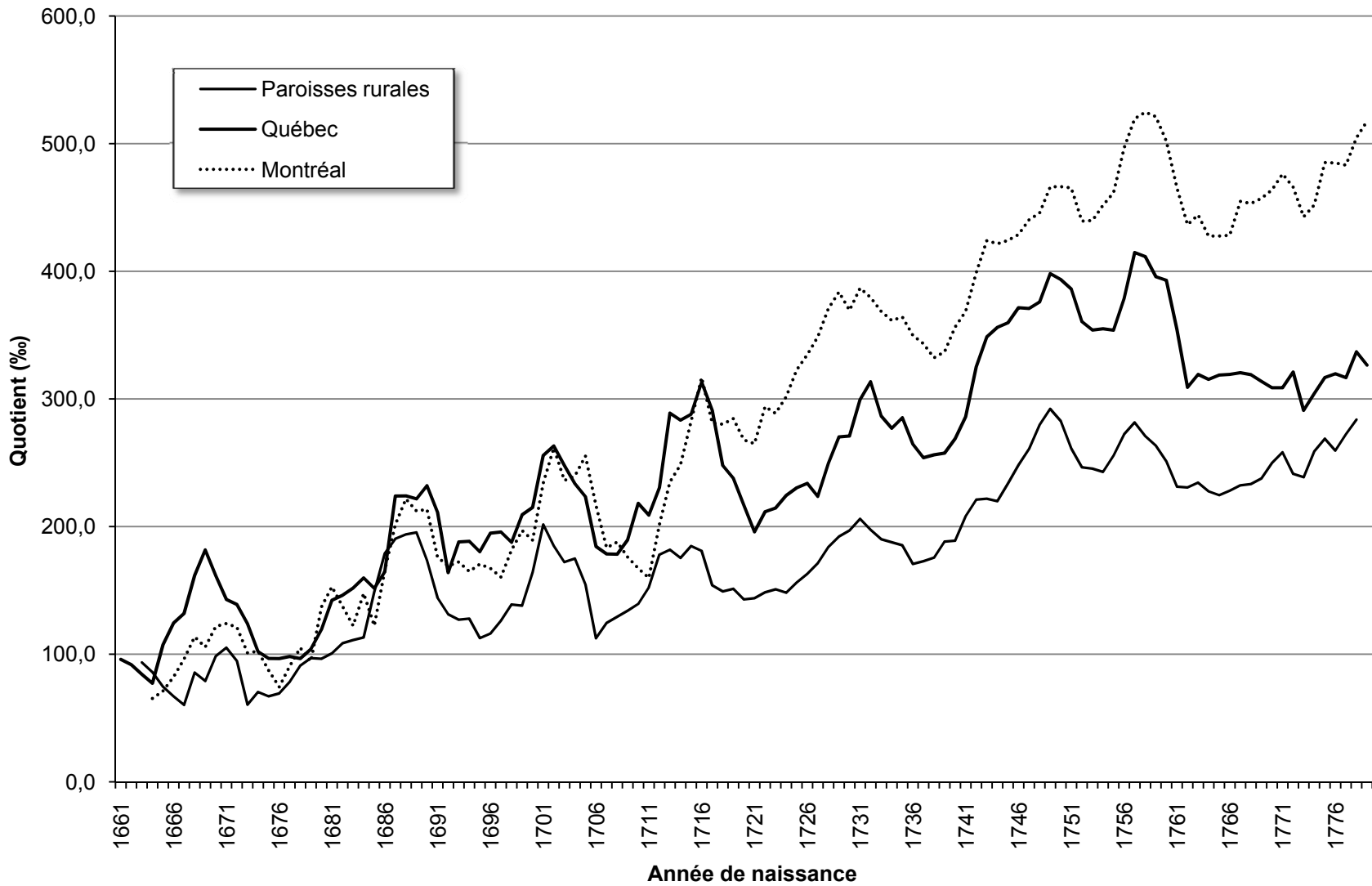
Si nous examinons de nouveau l'ensemble des résultats obtenus des recherches effectuées sur le sujet et résumées dans le Tableau 1.1, ceux-ci démontreraient qu'il existait des différences substantielles selon le lieu d'habitation. Cependant, ces résultats ne couvrent pas la totalité de l'existence de la Nouvelle-France. Au moment de la Conquête et même quelques années après, à quel degré le niveau de mortalité infantile dans les villes se différencie-t-il de celui des campagnes au point d'avoir une réelle portée sur la vie des enfants? Existe-t-il un écart potentiel entre Québec et Montréal? Si oui, qu'elle en serait l'explication?

1.3.1. Caractère urbain des villes : l'exception trifluvienne

Au cours du premier chapitre, nous avons mentionné que les paroisses de Québec, Trois-Rivières et Montréal constituaient des villes de par les institutions politico-administratives et religieuses qu'elles renferment en leurs enceintes, par la vie sociale et commerciale qui y règne et par la formation de gouvernements homonymes. À l'encontre de Québec et de Montréal, Pehr Kalm, explorateur et botaniste finno-suédois venu en Amérique du Nord dans les années 1748-1751, précise dans son journal de voyage que «*Trois-Rivières – petite ville de marché – a tout l'apparence d'un grand village. Elle est cependant comptée au nombre des trois grandes villes du Canada qui sont Québec, Montréal et Trois-Rivières*»³⁰. Même si la cité trifluvienne fut autrefois considérée comme une paroisse urbaine et perçue comme telle par les résidents, nos données révèlent que nous ne pouvons démographiquement la reconnaître ainsi. En effet, l'observation des niveaux de mortalité infantile souligne une insuffisance d'effectifs d'enfants qui, en son absence, octroierait une vision annuelle des quotients de mortalité au même titre que Québec ou Montréal. Trois-Rivières ne sera pas intégrée dans cette section.

³⁰ En date du 8 août 1749 dans Mémoires de la Société historique de Montréal, *Voyage de Kalm en Amérique*, Analysé et traduit par L. W. Marchand, Huitième livraison, Montréal, 1880, p. 64.

FIGURE 3.4 Quotients apparents de la mortalité infantile selon le lieu de naissance (Moyennes mobiles quinquennales) (1660-1779)



Il faut s'interroger sur le caractère urbain des deux paroisses les plus importantes. D'après Guy Fregault, à l'aube du XVIIIe siècle, en 1698, la population urbaine représentait un peu plus du quart de la population totale en Nouvelle-France (25,5%). Lors des recensements de 1706, 1707, et 1713, la situation ne change guère, la proportion de population urbaine ne varie que peu (26,5%). En 1698, celle-ci se distribuait comme suit : 56% à Québec, 10% à Trois-Rivières et 34% à Montréal. Bien que les effectifs de ces trois paroisses soient faibles³¹ et que la colonie soit encore jeune, on peut dire que le caractère urbain préexistait en 1698, compte tenu du fait qu'à la même époque en France, pays beaucoup plus ancien, seulement 15% de la population résidait en ville³². L'examen des résultats va nous permettre de juger si le caractère urbain estimé concret en 1698 a influencé la survie des enfants.

Il se dégage de la Figure 3.4, où sont présentées des données lissées (moyennes mobiles quinquennales), que pour les deux paroisses urbaines et pour les paroisses rurales, les niveaux de mortalité infantile s'accroissent au cours de la période. Alors que les différences entre les trois séries sont minimales avant 1700, où les deux paroisses principales sont encore relativement intégrées au paysage rural, l'indistinction disparaît à l'approche du XVIIIe siècle et laisse apparaître des particularités propres à chacun des trois cas. Les enfants de la campagne sont grandement avantagés par leur environnement de vie. Jusqu'en 1740, les quotients ne dépassent que rarement le seuil de 200‰. Quatre enfants sur cinq atteignent ainsi leur premier anniversaire. Après cette date, les niveaux lissés oscillent entre 200 et 300‰, sans outrepasser le niveau d'un enfant sur trois décédé avant un an, en dépit des multiples crises de mortalité expérimentées.

Même si des distinctions sont perceptibles entre paroisses rurales et urbaines avant 1700, il ne faut pas conclure pour autant que le caractère urbain des villes était déjà l'origine et l'explication de ces distinctions. Il est plus acceptable de penser qu'il s'agit d'un meilleur enregistrement des décès infantiles qui s'est effectué à Montréal et à Québec qu'en campagne pour la simple raison que les autorités civiles et religieuses y exerçaient leurs fonctions plus rigoureusement. L'analyse de la mortalité infantile corrigée et désagrégée, qui nécessite la mesure du sous-enregistrement des décès d'enfants, confortera probablement cette hypothèse.

³¹ Québec comptait 1 988 âmes, Trois-Rivières 358 et Montréal 1 185. L'effectif de la population rurale était de 10 284 habitants. FREGAULT (1970), *op.cit.*, p. 36-38.

³² GADOURY et al. (1985), *op. cit.*, p. 360.

Les deux chefs-lieux de gouvernement présentent dans un premier temps des similitudes. Jusqu'à l'épidémie de rougeole identifiée en 1714-1715, les deux séries de données se jouxtent et présentent un profil similaire: les petits montréalais ou les petits québécois ont eu autant de risque de mourir. Si les quotients observés pour Québec régressent en 1720 de 100‰ pour revenir au niveau de 200‰, ce n'est pas le cas de Montréal qui demeure proche des 300‰. Dès lors s'amorce un écart d'environ 50 à 100‰ entre les deux paroisses dont le paroxysme se manifeste à partir de leurs capitulations respectives en 1759 et 1760, jusqu'à atteindre un niveau inégalé durant les deux premières décennies du Régime Anglais (différence de 150‰). Une fois les grands affrontements terminés entre les Anglais et les Canadiens, Québec affiche jusqu'à la fin de notre période d'étude, des quotients de mortalité infantile qui avoisinent presque ceux des années 1730, réduisant ainsi son écart avec l'ensemble des paroisses rurales³³. À l'opposé, Montréal demeure au-delà de 400‰ et atteint un summum en 1757 avec un quotient record de 618,3‰!³⁴ Ce sont près de deux enfants montréalais sur trois qui décèdent avant leur premier anniversaire. Avant de proposer nos hypothèses explicatives de ce qui pourrait sans hésitation se nommer «l'hécatombe montréalaise», voyons plus précisément en quelles proportions se manifestent les différences de survie des enfants de moins d'un an entre Québec, Montréal et les paroisses rurales.

1.3.2. Rapport des quotients villes/campagnes

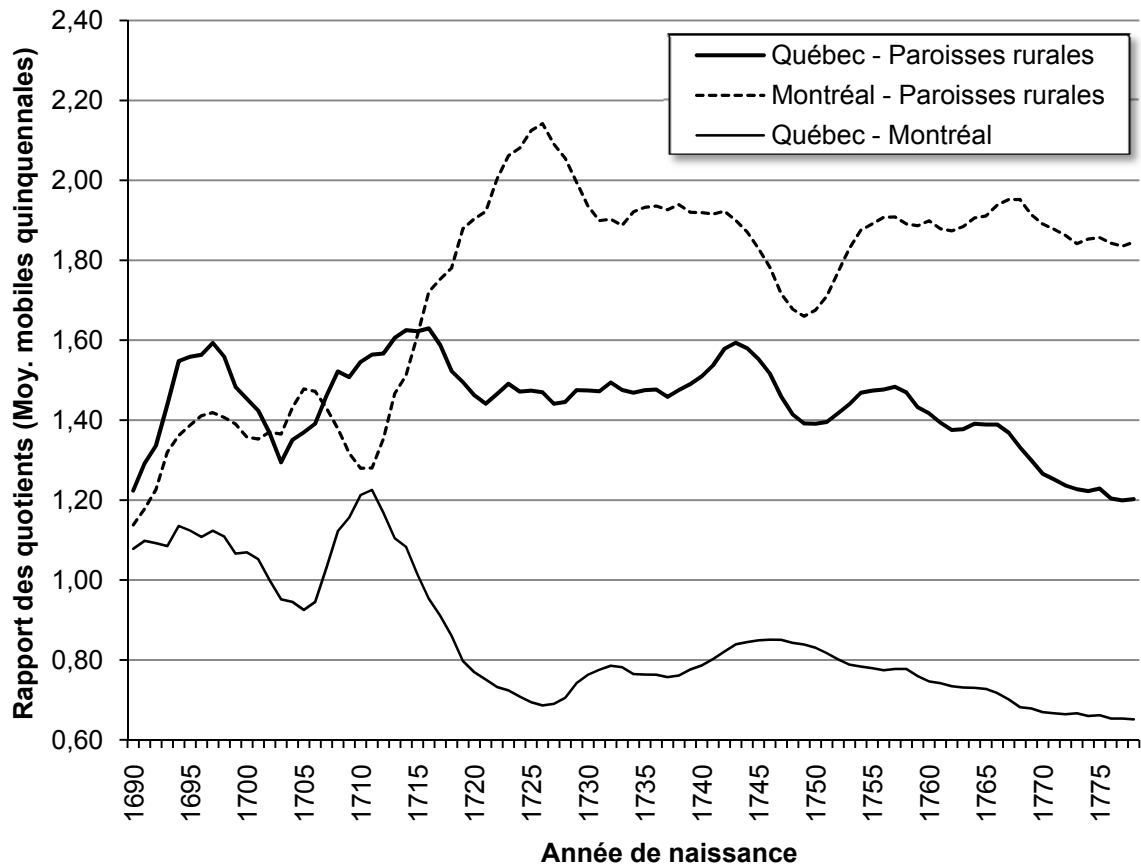
Loin d'infirmes les premières constatations en termes de mortalité infantile selon le lieu de naissance apportées par nos prédécesseurs, la Figure 3.5 laisse paraître non seulement des rapports de risques différentiels au cours de la période mais aussi des profils particuliers selon le lieu de résidence pris comme référence. De nouveau, la méthode de lissage des données est employée. Par exemple, les enfants de Québec accusaient en moyenne des risques de décéder de l'ordre de 50% plus grands que les petits de la campagne jusqu'en 1745. Par la suite, ces risques tendent vers 20%. Ce serait à l'augmentation du niveau de la mortalité infantile dans les campagnes que cette réduction tirerait sa source puisque la Figure 3.4 démontrait qu'après 1760, Québec présentait des quotients de mortalité infantile stable (autour de 300‰). Dès 1710, Montréal présente un profil singulier : alors qu'environ 30 à 40% des petits montréalais

³³ Ce résultat rejoint celui d'André Lachance qui obtient des résultats similaires aux nôtres à la fin du XVIII^e siècle pour la ville de Québec. Cette tendance pourrait tirer son origine d'un sous-enregistrement différentiel entre Québec et les campagnes.

³⁴ La Figure 3.4 présente les moyennes quinquennales des quotients de mortalité infantile. De ce fait, chaque quotient annuel obtenu est moindre que le quotient réel observé pour la même année.

décédaient davantage avant d'atteindre leur premier anniversaire par rapport à leurs comparses des campagnes, quinze années suffirent pour que cette proportion triple en 1725. Hormis l'exception autour des années 1750 où la mortalité infantile des campagnes connut une hausse significative, les enfants montréalais décédaient en moyenne 1,9 fois plus que leurs homologues à la campagne. À titre d'essai, nous avons réalisé le même exercice comparatif entre Montréal et les paroisses situées sur l'île de Montréal³⁵. Il appert que les paroisses de l'île montréalaise étaient intégralement rurales mais le rapport entre les quotients de mortalité infantile entre le centre urbain et les paroisses de l'île présente presque le même profil que celui obtenu entre Montréal et le reste du territoire rural.

FIGURE 3.5 Rapport des quotients de mortalité infantile entre Québec, Montréal et les paroisses rurales (1690-1779)



Cependant, le rapport obtenu oscille plus fréquemment autour de 1,5. Même si les paroisses de l'île de Montréal comportent tous les signes de leur ruralité, la proximité géographique avec une paroisse urbaine a affecté la survie des petits sur l'île. Il est

³⁵ Figure non présentée.

probable, qu'à un degré inférieur, le même schéma se reproduise pour Québec et sa région.

Néanmoins, les résultats obtenus dénotent que les petits de Montréal souffrent d'une singularité propre à leur ville. Le rapport entre les quotients de mortalité infantile de Québec et Montréal manifeste une différence qui ne cesse de s'aggraver entre les deux centres urbains et dont l'année charnière se situe une nouvelle fois dans les années 1710. Si les petits de Québec décédaient 1,2 fois plus que les petits de Montréal lors de ce qui fut probablement une épidémie de fièvre jaune (Mal de Siam), le rapport n'est plus que d'environ 0,7 après cette date. En d'autres termes, le risque de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire était de 30% moindre à Québec qu'à Montréal. Il semble par ailleurs, que la différence s'accroisse davantage après les années 1770. Pourquoi les nouveau-nés de Montréal possédaient moins de probabilités de survie que tous les autres enfants? S'agit-il d'un fait géographique? D'un fait social? De mœurs et de comportements de vie différents? Dans la section suivante, nous proposerons quelques hypothèses qui, dans une étude future, mériteraient une attention particulière afin d'éclaircir cette obscure singularité, spécifique à Montréal.

1.3.3. L'hécatombe montréalaise

Plusieurs aspects, susceptibles d'affecter la vie des tous petits, requièrent de notre part une réflexion. Certains d'entre eux ont d'ailleurs été exposés dans le premier chapitre. Il s'agit, par exemple, de la densité de la population qui, par la promiscuité des résidents au sein d'un même espace, favorise l'expansion d'agent pathogène. Bien qu'une multitude de facteurs puisse être cités de nouveau ici, il faut surtout chercher ceux qui ont impact dissemblable sur la vie des enfants entre Québec et Montréal. Dans une colonie habitée de quelques dizaines de milliers de résidents, dont un peu plus de dix milles pour les deux villes principales, quels ont pu être ces facteurs différentiels si ce ne sont ceux de nature géographique, hygiénique ou socioculturelle?

1.3.3.1. *Les hypothèses géographiques et hygiéniques*

Attendu que Montréal se situe au sud de la vallée Laurentienne – avec un climat continental plus chaud – et qu'elle fut tout du moins jusqu'en 1765, moins peuplée que sa consœur, nous pourrions faire l'hypothèse que les paroissiens Montréalais furent plus à l'étroit à l'intérieur des remparts de la ville que leurs homologues dans ceux de Québec.

Cependant, la ville Québec fut construite sur un site naturel qui, à l'époque, divisait la ville en deux fractions dénivelée par le Cap Diamant, la haute et la basse ville. A l'inverse, l'enceinte de Montréal formait un parallélogramme plan qu'aucune anfractuosité géologique ne perturbait. Pehr Kalm décrit les deux villes lors de son voyage en 1749 :

«Les rues sont droites, larges et coupées par angles droits par les petites rues. Il y en a qui sont pavées mais c'est l'exception» (Montréal);
«La plupart des marchands habitent la basse ville, dont les maisons sont serrées les unes contre les autres. Les rues sont étroites, raboteuses et presque toujours humides» (Québec)³⁶

Si les familles québécoises disposaient de moins d'espace pour vivre, circuler et réaliser leurs activités quotidiennes, les familles montréalaises jouissaient quand à elles de rues plus larges. La promiscuité doit-elle être un facteur reconsidéré? Connaissant maintenant ces caractéristiques urbaines de Montréal et de Québec, revenons sur nos propos et faisons l'hypothèse que les Montréalais tirèrent profit de la largeur des voies de communication à l'intérieur des remparts³⁷ en y épandant à outrance leurs déjections ménagères. Nos recherches concernant l'hygiène publique ont révélé que les émissions d'ordonnances et règlements ont été bien plus nombreuses à Montréal qu'à Québec au cours du XVIIIe siècle et durant le Régime Français. Doit-on prendre pour acquis que les Montréalais furent moins soucieux de leur ville en laissant plus fréquemment «vaquer les cochons» au milieu des rues, en jetant «journallement fumiers, immondices et ordures au-devant de leurs maisons» que les Québécois? Rien n'est moins certain, d'autant plus que la récurrence de ses ordonnances se réalise pour la plupart sous le mandat de Jacques-Joseph Guiton de Monrepos, lieutenant général civil et criminel de la juridiction royale de Montréal. Exception faite de la rigueur de Monrepos, il est cependant tout à fait plausible que l'édiction répétée de règlements en matière d'hygiène publique souligne l'indiscipline des Montréalais et reflète un réel souci de propreté qui aurait favorisé l'expansion d'eaux malpropres (notamment en été) et la germination d'agents pathogènes dans un environnement vicié bien plus qu'à Québec.

1.3.3.2. *Les hypothèses socioculturelles*

Une autre série d'hypothèses pouvant expliquer les différences de risques de mortalité infantile entre Montréal et Québec peut être proposée. Cette fois, il s'agit des aspects

³⁶ *Voyage de Pehr Kalm, op. cit.*, p. 55-56 et 74. La consultation de plans de ces deux villes datant de la fin du Régime Français confirme les propos de Kalm.

³⁷ Gaspard-Joseph Chaussegros de Léry, Ingénieur du roi, supervise les travaux de fortification de la ville de Montréal qui débutèrent en 1717 et se terminèrent en 1738.

socioculturels qui prévalaient dans les sociétés traditionnelles franco-canadiennes du XVIIIe siècle. Y-a-t-il une possibilité que subsistent entre les deux centres urbains, des disparités nuancées de ces aspects socioculturels? En d'autres termes, les résidents de chacune des villes ont-ils des comportements en matière de maternité différents? Si modestes soit-ils, leurs conséquences ont-elles été une réelle menace sur la vie des enfants? Référons-nous de nouveau à notre témoin de l'époque, Pehr Kalm, qui décrit les différences entre les femmes Québécoises et les Montréalaises. Il cite que les premières, de part la position géographique et politique de Québec, avaient davantage de contacts avec les Français(e)s fraîchement débarqués, leurs manières, leur parler, prenaient prestement connaissance des modes qui prévalaient en métropole. Ces «hôtes aussi distingués» décrit-il, s'aventurent peu jusqu'à Montréal³⁸ si bien qu'il juge que les Montréalaises ont moins de coquetterie, de frivolité, d'affectation et de fortune mais qu'elles sont plus dévouées au travail. Peut-on supposer que cette différence culturelle constatée par Pehr Kalm ait eu des conséquences sur la façon d'élever les enfants? L'éloignement géographique des lieux d'échanges d'informations sur les modes françaises a-t-il incité les membres de l'élite canadienne de Montréal à développer leur propre culture et leur propre mode de vie en ce qui a trait à la maternité? Les femmes de Québec ont-elles pris connaissance des efforts fournis dans la mère-patrie par les érudits pour la sauvegarde des enfants en bas-âges? Ont-elles adhéré à cet objectif?

Pour l'instant, nous ne pouvons que proposer des hypothèses qui sont autant de pistes de recherche à explorer. Néanmoins, il reste deux éléments à mentionner, qui sont indirectement liés avec nos suppositions. Tous deux concernent les membres de l'élite sociale et la façon de prendre soin de leurs enfants. Nous savons que ceux-ci ont adopté la pratique de la mise en nourrice. La question qui nous vient en tête est qu'il existe peut-être des disparités dans les classes sociales entre Québec et Montréal et que ces disparités s'expriment par des proportions différentes d'enfants placés pour une catégorie sociale donnée et qui expliquerait en partie les différences de niveaux de mortalité infantile obtenus pour les deux villes. Cette assertion pourra être vérifiée dans une prochaine section consacrée à la mise en nourrice.

Enfin, nous avons mentionné au cours du premier chapitre que quelques centaines de familles – surtout françaises – les plus nanties, ont quitté la colonie lors de la Guerre de la

³⁸ *Voyage de Pehr Kalm, op. cit.*, p. 214-217.

Conquête et même quelques années plus tard³⁹. En migrant, ces familles emportent avec elles la pratique de mise en nourrice et réalisent une sélection sociale des familles non-migrantes. En d'autres mots, la proportion des familles urbaines comportant des hauts risques de mortalité infantile se trouve amoindrie au cours des années 1755 et suivantes. La position géographique et politique de Québec nous incite à penser que la migration de ces familles à hauts risques a été plus grande à Québec qu'à Montréal, c'est pourquoi nous observerions la chute drastique du niveau de la mortalité des enfants à Québec dès les années 1760 (Figure 3.4).

1.4. Gens du monde, gens du labeur

Lorraine Gadoury, Carles Simo Noguera et Danielle Gauvreau pour la ville de Québec se sont penchés sur la mortalité différentielle des enfants selon la catégorie professionnelle de leur père. Sans rappeler l'intégralité des résultats obtenus par ces chercheurs, mentionnons seulement que pour chacune des catégories, les niveaux de mortalité infantile s'accroissent à mesure que se dessine la fin du Régime Français. De plus, les écarts de niveaux entre les catégories elles-mêmes deviennent de plus en plus marqués. À l'instar de ces chercheurs, nous avons choisi d'examiner les niveaux de mortalité des enfants selon la catégorie professionnelle de leur père à la différence que nous avons créé une classe supplémentaire (Gens de métiers)⁴⁰, que notre durée d'étude est plus longue et qu'elle est découpée en périodes décennales. Ainsi, nous espérons une observation du phénomène plus affinée que nos prédécesseurs⁴¹.

1.4.1. Des enfants au destin opposé...

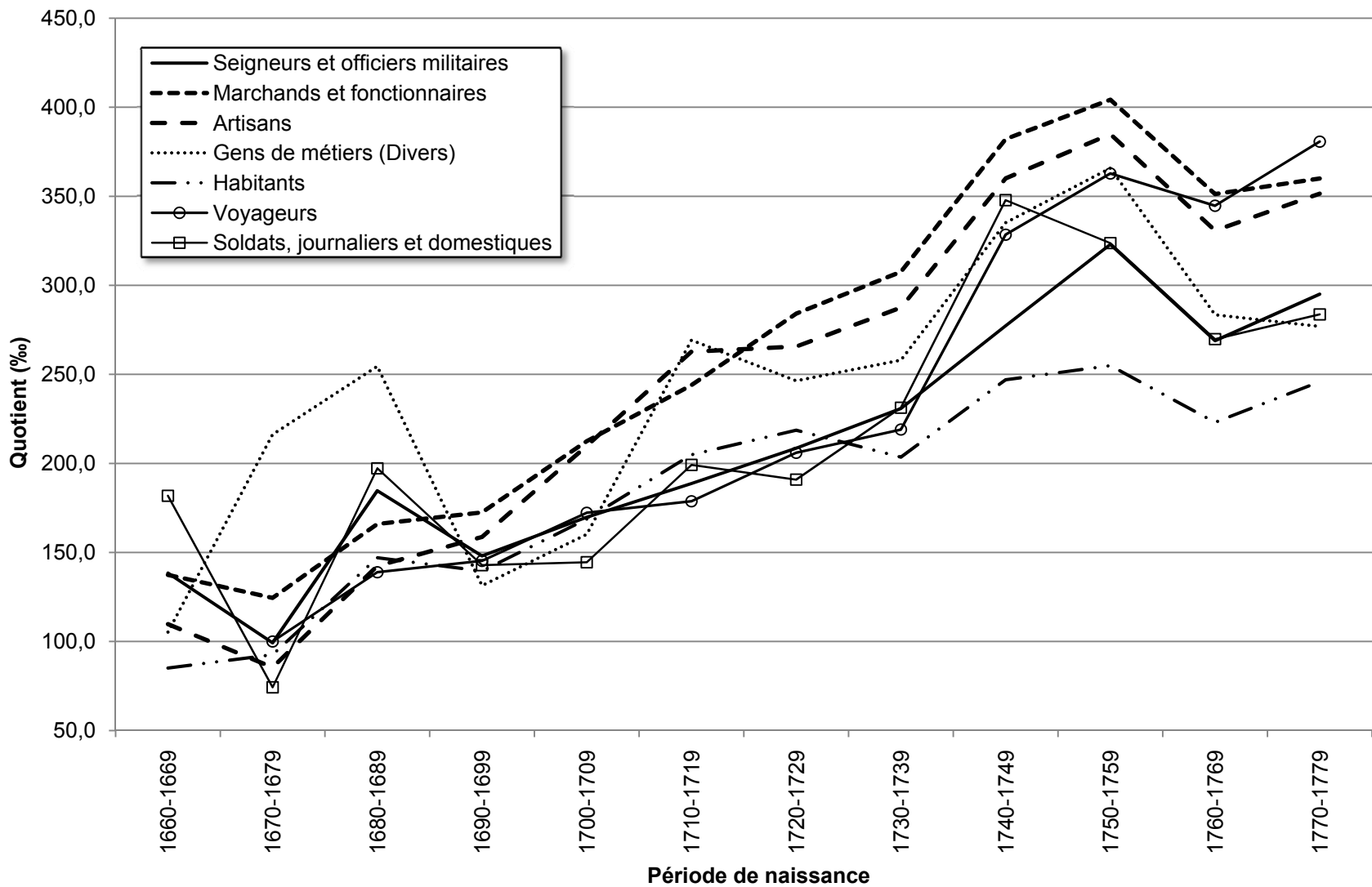
À première vue, les différences de mortalité infantile entre les sept catégories sont minimales avant le XVIII^e siècle (Figure 3.6). D'une part, les effectifs appartenant à chacune des catégories sont faibles hormis pour les agriculteurs, ce qui tend à rendre les résultats sensibles à des variations (Gens de métiers). Ensuite, la formation des catégories fut, au XVII^e siècle, tributaire du développement territorial de la colonie et de la mise en place d'une organisation politique, administrative et sociale fonctionnelle, surtout dans les

³⁹ La plupart des familles ont regagné la France, d'autres se sont dirigées vers les Antilles.

⁴⁰ Voir l'annexe 2.3 Où sont répertoriées les professions regroupées en catégories qui apparaissent dans nos données.

⁴¹ Lorraine Gadoury et Carles Simo Noguera ont utilisé des périodes de 30 à 35 ans, Danielle Gauvreau l'ensemble de la période (1621-1760)

FIGURE 3.6 Quotients apparents de la mortalité infantile selon la catégorie professionnelle à laquelle appartient le père (1660-1779)



paroisses urbaines en devenir⁴². Une fois entrés dans le XVIIIe siècle, et le caractère urbain acquis par Québec et Montréal, les différences de mortalité infantile commencent à apparaître entre les catégories professionnelles. Par exemple, dès la décennie 1700-1709, celles des marchands, des fonctionnaires puis des artisans voient davantage leurs enfants décéder en bas âge par rapport à ceux des autres catégories et ce, jusqu'à la fin de la période.

A l'inverse, on observe chez les habitants des niveaux qui ne dépassent pas 250‰. À partir de 1730, les enfants d'agriculteurs sont ceux qui possèdent le plus de probabilité de survie. Parallèlement, les enfants de soldats décèdent autant que les enfants d'habitants, tout du moins jusqu'en 1740⁴³. Malgré la pauvreté reconnue des soldats, il est probable que ceux-ci, ainsi que leur famille, aient bénéficié des bienfaits de vivre auprès des habitants en campagne⁴⁴. Il est également possible que le casernement des soldats, l'insuffisance des rations alimentaires et le commencement des conflits intercoloniaux soient les causes de l'augmentation drastique des niveaux de mortalité infantile dans la décennie 1740 au point de rejoindre ceux observés pour l'élite en fin de période (plus de 350‰). Le cas des voyageurs reste délicat à interpréter puisque les résultats sont tributaires de la petitesse des effectifs. Il reste que les niveaux de cette catégorie suivent en majeure partie ceux des soldats, sauf après 1750. On peut comprendre que l'arrivée des Britanniques ait quelque peu freiné le commerce des fourrures dans l'arrière-pays canadien.

Enfin, contre toute attente, les enfants de seigneurs et officiers militaires ne seraient pas ceux qui décèdent le plus, au même titre que les enfants de marchands et d'artisans. Si nos résultats vont à l'encontre de ceux obtenus par nos prédécesseurs, ce n'est pas forcément parce qu'ils sont erronés. L'explication se trouve davantage dans l'idée que notre classement des individus les plus nantis ne s'est pas réalisé aussi finement que celui de Lorraine Gadoury. Nous nous sommes fiés à la déclaration faite par les protagonistes

⁴² Souvenons-nous que les enfants décédés avant leur premier anniversaire pour lesquels nous connaissons la profession de leur père ne constituent que 30% de tous les décédés avant 1740. (Chapitre 2, note 21)

⁴³ Il faut poser l'hypothèse que les pères étaient toujours soldats lors de la naissance de leurs enfants. L'absence d'une mention de profession pour chacune d'elle nous contraint à cette hypothèse.

⁴⁴ Les soldats de la colonie ne disposaient pas de casernes pour les loger. Ils résidaient chez l'habitant avec lequel il partageait leur solde, leurs rations alimentaires fournies par le Roi ainsi que leur force travail en échange d'un logis. La première caserne apparaît en 1748 à Québec mais il semble que les rations alimentaires accordées aux soldats deviennent insuffisantes à partir de cette date. AUDET, Bernard. *Se nourrir au quotidien en Nouvelle-France*. Sainte-Foy (Québec), Les Editions GID, 2001, p.256-260; LACHANCE (1987), op. cit, p. 87-89.

sans approfondir quel père vécut réellement noblement ou fit simplement usage d'un titre de noblesse pour se distinguer de ses semblables. Dès lors, notre catégorie comprends des nobles de tout acabit, qu'ils résident en ville (fonctionnaire ou officier) ou en campagne (seigneur de paroisse). Il est alors plausible que ce soit le lieu de résidence qui ait joué un rôle dans l'obtention de quotients de mortalité infantile intermédiaires. Ce point nous conduit à vérifier justement l'importance de la sélection sociale en fonction du lieu de résidence.

1.4.2. Des fonctions de la paroisse urbaine aux positions sociales

D'aucuns affirment qu'il est difficile de distinguer si le comportement observé d'un individu est lié au niveau social dont il fait partie ou bien au lieu de son établissement, sachant que le lieu d'établissement et le niveau social sont interreliés (Gadoury et al. Charbonneau, 1985) :

«L'opposition entre villes et campagnes n'est pas niable [...] mais elle est aussi géographique que sociale»⁴⁵

Toutefois, Pierre Chaunu n'est pas tout à fait du même avis :

«Les comportements démographiques sont plus géographiques que sociaux, plus communautaires qu'économiques [...]» et «qu'il faut un fort gradient de différenciation sociale pour une différence appréciable de comportement devant la vie»⁴⁶

Ainsi, il est fortement plausible que les hauts quotients de mortalité infantile observés pour les marchands et fonctionnaires (bourgeois) et les gens de métier (artisans) soient non seulement imputables aux comportements sociaux afférents à la condition sociale elle-même (mise en nourrice, durée de l'allaitement, soins de l'enfant) mais aussi par le fait même que les familles dont le père fait partie de ces catégories professionnelles soient des familles urbaines (rejoignant ainsi les résultats de Simo Noguera pour les bourgeois). Or, nous avons vu précédemment quels étaient les écarts de mortalité entre les familles rurales et urbaines, expliqués principalement par l'environnement (conditions de vie, salubrité, meilleure nutrition). Cette affirmation est d'autant plus vraie chez les habitants qui résident dans les campagnes où les quotients de mortalité sont les plus bas.

⁴⁵ DUPAQUIER, Jacques. «Histoire et démographie». *Population*, 32, numéro spécial, Septembre 1977, p. 310.

⁴⁶ CHAUNU, Pierre. «Réflexion sur la démographie normande». dans *Sur la population française du XVIIIe et au XIXe siècles. Hommage à Marcel Reinhard*. Paris : Société de démographie historique, 1973, p. 109 et 114.

A cet effet, référons-nous à la première partie du Tableau 3.3 qui distribue les décès d'enfants de moins d'un an selon la catégorie professionnelle à laquelle le père appartient et le lieu de naissance de l'enfant. Bien que cela puisse paraître évident, il est perceptible de constater qu'à peu près toutes les catégories professionnelles sont représentées en villes à l'inverse des campagnes, où l'on retrouve en majorité les enfants d'agriculteurs. En ville, 73% des enfants décédés avant leur premier anniversaire sont issus des quatre premières catégories alors qu'en campagne, 74,5% des enfants appartiennent aux trois dernières, dont près des deux tiers ont des pères agriculteurs. Dans la seconde partie du Tableau 3.3, la répartition sociale est d'autant plus visible qu'elle nous permet de confirmer la présence plus accrue de seigneurs et officiers militaires en campagne d'après notre classification (72,2 contre 27,8%) ce qui constitue une explication plausible aux quotients observés. La condition sociale et les comportements relatifs de la noblesse déjà abordés seraient contrebalancés par les conditions de vie du monde rural. L'image inverse pour les voyageurs, les soldats et journaliers est aussi avancée.

Étant donné qu'il est ardu de mesurer et de juger en quelles proportions la condition sociale ou le lieu d'habitation participe dans l'explication du quotient de mortalité infantile pour les catégories professionnelles citées, nous avons eu l'idée d'examiner les catégories de voyageurs, de soldats et de journaliers de façon isolée, puisque ces derniers n'usent pas de pratiques interférant avec la survie de enfants (mise en nourrice) (Tableau 3.4). En effet, parmi les 18 200 enfants dont le père occupe une de ces trois fonctions, 33,2% sont nés en ville et 66,8% en campagne⁴⁷. De la sorte, pour un même statut social et en faisant l'hypothèse que les conditions socioéconomiques sont les mêmes pour chacun des deux groupes (les moins nantis), nous pourrions apprécier les niveaux de mortalité infantile selon le lieu de résidence de la famille.

Ces deux séries de résultats viennent renforcer l'image et l'action négative que les villes opèrent sur la survie des enfants. Alors que les deux courbes des quotients de mortalité des villes et des campagnes se distinguaient plus précisément après l'année 1690, il apparaît ici que pour la classe des plus démunis, le quotient apparent des villes s'écarte davantage de celui des campagnes dans la décennie 1710-1719 qui englobe par

⁴⁷ D'après le Tableau 3.3, 4 816 des 18 200 enfants issus de ces deux catégories sont décédés avant d'atteindre leur premier anniversaire. 42,6% étaient nés en ville, 57,4% en campagne.

TABEAU 3.3 Distribution des enfants décédés selon leur lieu de naissance et la catégorie sociale de leur père (%)

Profession du père			Lieu de naissance					
			Villes		Campagnes		Ensemble	
			Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Classe Sociale	Supérieure	Seigneurs et officiers militaires	789	11,7	2 047	9,2	2 836	8,2
		Marchands et fonctionnaires	2 443	19,8	1 315	5,9	3 758	10,9
	Moyenne	Artisans	4 709	34,4	1 862	8,4	6 571	19,0
		Gens de métier (divers)	1 050	7,1	482	2,2	1 532	4,4
		Habitants	1 255	12,0	12 757	61,9	15 012	43,5
	Inférieure	Voyageurs	370	2,2	648	2,9	1 018	2,9
		Soldats, journaliers et domestiques	1 681	12,8	2 117	9,5	3 798	11,0
Total			5 636	100,0	22 228	100,0	34 525	100,0
Profession du père			Lieu de naissance					
			Villes		Campagnes		Ensemble	
			Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Classe Sociale	Supérieure	Seigneurs et officiers militaires	789	27,8	2 047	72,2	2 836	100,0
		Marchands et fonctionnaires	2 443	65,0	1 315	35,0	3 758	100,0
	Moyenne	Artisans	4 709	71,7	1 862	28,3	6 571	100,0
		Gens de métier (divers)	1 050	68,5	482	31,5	1 532	100,0
		Habitants	1 255	9,0	12 757	91,0	15 012	100,0
	Inférieure	Voyageurs	370	36,3	648	63,7	1 018	100,0
		Soldats, journaliers et domestiques	1 681	44,3	2 117	55,7	3 798	100,0
Total			5 636	46,1	22 228	53,9	34 525	100,0

Note : Ne sont pas compris 21 939 enfants décédés avant un an dont on ne connaît pas la profession du père.

Note : Les villes comprennent Québec, Trois-Rivières et Montréal.

ailleurs l'année où s'est produit l'épidémie de rougeole à Québec en 1714. Si les épidémies majeures expliquent en grande partie l'écart entre les deux séries de résultats pour les décennies où elles se sont produites, il n'en reste pas moins que, hormis les années «creuses» où aucune contagion importante n'est relevée, l'écart entre les séries de quotients s'explique par le caractère urbain des villes, la promiscuité qui y règne et des conditions de vie qui en résultent.

TABEAU 3.4 Quotients apparents de mortalité infantile de la classe inférieure selon le lieu et la période de naissance (‰)

Période	Lieu de naissance	
	Villes	Campagnes
1621-1679	108,7	51,0
1680-1689	225,0	172,4
1690-1699	152,5	138,6
1700-1709	166,2	145,1
1710-1719	236,6	158,0
1720-1729	255,9	170,6
1730-1739	312,4	171,2
1740-1749	438,6	257,6
1750-1759	416,8	267,6
1760-1769	364,9	241,8
1770-1779	379,1	267,0
1670-1779	339,5	227,4

Ainsi, en éliminant l'effet du statut socio-économique et de tout comportement rattaché, il ressort que le lieu d'habitation joue un rôle prépondérant sur la survie des enfants.

1.5. La mise en nourrice : de connivence avec la «Grande Faucheuse»

Si presque toutes les femmes de tout niveau social recourraient à la mise en nourrice dans les centres urbains français, seules les femmes de la haute société dans la colonie – au dépend de leurs enfants –, renonçaient à leur rôle de mère pour mieux assurer celui d'épouse. Le dédain des tâches maternelles et les images négatives véhiculées au sein des plus nantis ont conduit ces femmes à déléguer leur rôle de mère à des mercenaires, qui le temps que l'enfant grandisse auprès des siens ou meure prématurément, s'occupaient de ces petits condamnés par un mode de pensée où les parents paraissent apathiques.

«Marie-Louise, ma troisième fille est née le 31 mars 1776 et elle a été mise en nourrice le 1^{er} avril chez la nommée Sénéé habitant de la Chine à 12^{''} par mois ou elle a resté jusqu'au 29 août ce qui fait 5 mois un jour Pourquoi je lui ait payé...le 30 août 1766 [sic] J'ai confié Marie Louise chez Joseph La Chapelle de St. Léonard elle est morte le même jour de son arrivée chez le dit la Chapelle Payé à la sage femme 48^{''}»⁴⁸

Pierre Guy, important négociant montréalais, note dans son cahier des comptes le placement de ses enfants en nourrice telle que la coutume des plus aisés l'engage. De ces propos-ci, ne transparaissent aucun sentiment mais affiche l'enfant comme une dépense. Durant l'existence de la Nouvelle-France, et sans doute après, une multitude de Marie-Louise furent probablement l'objet d'une telle considération. Combien furent-ils? Existe-t-il des différences entre les catégories sociales les plus aisées? Ces différences se poursuivent-elles entre Québec et Montréal?

1.5.1. Estimations par la méthode des «paroisses»

Même si nous ne pouvons avec exactitude connaître le nombre exact d'enfants qui ont été placés en nourrice, les registres paroissiaux offrent suffisamment d'informations permettant d'estimer l'ampleur du phénomène. Tel que mentionné dans le chapitre consacré à la méthodologie, la méthode d'estimation par les paroisses de naissance et de décès des enfants renferme des faiblesses mais constitue néanmoins une première approche de la mise en nourrice. Les tableaux 3.5 à 3.8 présentent les enfants décédés avant l'âge de deux ans⁴⁹ pour les trois catégories sociales susceptibles de pratiquer la mise en nourrice, ensemble puis séparément. La distribution relative du premier tableau (3.5) révèle une augmentation progressive de la proportion d'enfants placés en nourrice, nés en ville mais décédés en campagne. Inexistante avant 1680, la part d'enfants placés passe de 10,2 à près de 25% à la fin du Régime Français. En campagne, le phénomène, s'il existe, est très limité. Il est plus probable qu'il s'agisse de familles ayant migré vers une autre paroisse.

En ne considérant cette fois que les enfants de seigneurs et officiers militaires (Tableau 3.6), dès 1680, un enfant sur cinq aurait été placé en nourrice contre un enfant

⁴⁸ Cahier des comptes divers de Pierre Guy, 1785-1810, *Collection Baby*, Archives de l'Université de Montréal, série G 2 192).

⁴⁹ L'exception est faite pour cette section qui considère les enfants jusqu'à l'âge de deux ans. Ainsi, nous nous accordons plus de probabilité de saisir les enfants qui furent mis en nourrice mais décédés au-delà de leur premier anniversaire.

TABEAU 3.5 Répartition effective et relative (‰) des enfants décédés à moins de deux ans selon leurs lieux de naissance et de décès (Catégories des seigneurs et officiers militaires, marchands et fonctionnaires et artisans)

Période	Lieu de naissance	Lieu de décès			Lieu de naissance	Lieu de décès
		<i>Effectifs</i>			<i>Relatif</i>	
		N ^{bre} d'enfants décédés avant 2 ans	Paroisse de naissance	Autre paroisse	Paroisse de naissance	Autre paroisse
Avant 1680	Villes	144	142	2	98,6	1,4
	Campagnes	24	20	4	83,3	16,7
1680-1699	Villes	459	412	47	89,8	10,2
	Campagnes	228	217	11	95,2	4,8
1700-1719	Villes	1 002	860	142	85,8	14,2
	Campagnes	554	514	40	92,8	7,2
1720-1739	Villes	2 123	1 720	403	81,0	19,0
	Campagnes	1 054	960	94	91,1	8,9
1740-1759	Villes	3 627	2 729	898	75,2	24,8
	Campagnes	1 884	1 673	211	88,8	11,2
1760-1779	Villes	3 217	2 624	593	81,6	18,4
	Campagnes	2 767	2 381	386	86,0	14,0

TABEAU 3.6 Répartition effective et relative (‰) des enfants décédés à moins de deux ans selon leurs lieux de naissance et de décès (Seigneurs et officiers militaires seulement)

Période	Lieu de naissance	Lieu de décès			Lieu de naissance	Lieu de décès
		<i>Effectifs</i>			<i>Relatif</i>	
		N ^{bre} d'enfants décédés avant 2 ans	Paroisse de naissance	Autre paroisse	Paroisse de naissance	Autre paroisse
Avant 1680	Villes	26	26	0	100,0	0,0
	Campagnes	5	4	1	80,0	20,0
1680-1699	Villes	78	62	16	79,5	20,5
	Campagnes	64	59	5	92,2	7,8
1700-1719	Villes	139	111	28	79,9	20,1
	Campagnes	241	227	14	94,2	5,8
1720-1739	Villes	192	126	66	65,6	34,4
	Campagnes	529	501	28	94,7	5,3
1740-1759	Villes	245	138	107	56,3	43,7
	Campagnes	645	606	39	94,0	6,0
1760-1779	Villes	202	128	74	63,4	36,6
	Campagnes	806	726	80	90,1	9,9

TABLEAU 3.7 Répartition effective et relative (‰) des enfants décédés à moins de deux ans selon leurs lieux de naissance et de décès (Marchands et fonctionnaires seulement)

Période	Lieu de naissance	Lieu de décès			Lieu de naissance	Lieu de décès
		N ^{bre} d'enfants décédés avant 2 ans	Paroisse de naissance	Autre paroisse	Relatif	
					Paroisse de naissance	Autre paroisse
Avant 1680	Villes	53	53	0	100,0	0,0
	Campagnes	4	3	1	75,0	25,0
1680-1699	Villes	197	174	23	88,3	11,7
	Campagnes	55	52	3	94,5	5,5
1700-1719	Villes	351	284	67	80,9	19,1
	Campagnes	108	101	7	93,5	6,5
1720-1739	Villes	630	436	194	69,2	30,8
	Campagnes	188	167	21	88,8	11,2
1740-1759	Villes	849	502	347	59,1	40,9
	Campagnes	450	395	55	87,8	12,2
1760-1779	Villes	722	471	251	65,2	34,8
	Campagnes	663	564	99	85,1	14,9

TABLEAU 3.8 Répartition effective et relative (‰) des enfants décédés à moins de deux ans selon leurs lieux de naissance et de décès (Artisans seulement)

Période	Lieu de naissance	Lieu de décès			Lieu de naissance	Lieu de décès
		N ^{bre} d'enfants décédés avant 2 ans	Paroisse de naissance	Autre paroisse	Relatif	
					Paroisse de naissance	Autre paroisse
Avant 1680	Villes	65	63	2	96,9	3,1
	Campagnes	15	13	2	86,7	13,3
1680-1699	Villes	184	176	8	95,7	4,3
	Campagnes	109	106	3	97,2	2,8
1700-1719	Villes	512	465	47	90,8	9,2
	Campagnes	205	186	19	90,7	9,3
1720-1739	Villes	1 301	1 158	143	89,0	11,0
	Campagnes	337	292	45	86,6	13,4
1740-1759	Villes	2 533	2 089	444	82,5	17,5
	Campagnes	789	672	117	85,2	14,8
1760-1779	Villes	2 293	2 025	268	88,3	11,7
	Campagnes	1 298	1 091	207	84,1	15,9

sur trois à partir de 1720⁵⁰. À la fin de la Nouvelle-France, près d'un enfant sur deux aurait quitté le sein maternel pour celui d'une mercenaire. Les enfants de marchands et de fonctionnaires ont suivi dans une moindre mesure la même évolution que ceux de seigneurs et officiers militaires (Tableau 3.7). Les enfants d'artisans auraient été moins nombreux à être mis en nourrice avec moins de 20% à la fin du Régime Français (Tableau 3.8). À noter qu'au début du Régime Britannique (1760-1779), les proportions sont moindres que durant la période 1740-1759 pour les trois catégories professionnelles. Il est probable que l'émigration des familles de ces classes sociales soit l'explication de ce déclin. Attendu que cette méthode est imparfaite, nous avons estimé l'ampleur de la mise en nourrice par un procédé plus fiable, celui des intervalles intergénésiques, qui évite la perte d'informations causée par le déplacement de l'enfant ou de la famille.

1.5.2. L'ampleur du phénomène par les intervalles entre naissances

La constance de la physiologie humaine en termes de fécondité naturelle et de maternité nous porte à croire que la méthode des intervalles entre les naissances, dont la durée est directement liée à celle de l'allaitement maternel, constitue une meilleure approche du phénomène de la mise en nourrice. Une mère n'allaitant pas son nourrisson réduit fortement la durée d'aménorrhée post-partum et les probabilités qu'il survive. À partir de ce constat et des données disponibles, nous avons distribué comme précédemment, les intervalles intergénésiques selon leur durée (jusqu'à 18 puis 20 mois)

TABLEAU 3.9 Répartition des intervalles intergénésiques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Catégories des seigneurs et officiers militaires, marchands et fonctionnaires et artisans)

Période	Nombre total d'intervalles	Longueur des intervalles				Pourcentage d'intervalle	
		Jusqu'à 18 mois	19 mois et plus	Jusqu'à 20 mois	21 mois et plus	Jusqu'à 18 mois	Jusqu'à 20 mois
Avant 1680	754	149	605	203	551	19,8	26,9
1680-1699	1 800	473	1 327	667	1 133	26,3	37,1
1700-1719	2 716	859	1 857	1 204	1 512	31,6	44,3
1720-1739	4 542	1 766	2 776	2 404	2 138	38,9	52,9
1740-1759	4 268	1 802	2 466	2 336	1 932	42,2	54,7
1760-1779	2 872	1 192	1 680	1 548	1 324	41,5	53,9
Total	16 952	6 789	10 163	9 104	7 848	40,0	53,7

Note : les derniers intervalles et ceux de 36 mois et plus sont exclus

⁵⁰ Nos résultats corroborent ceux de Lorraine Gadoury. GADOURY (1991), *op.cit.*, p.126.

et par période de vingt ans afin d'obtenir une fourchette estimant les proportions d'enfants placés chez des mères nourricières⁵¹. A première vue, les résultats du Tableau 3.9 reflètent pour l'ensemble des trois catégories professionnelle des proportions d'enfants mis en nourrice bien plus élevés que ceux obtenus par la méthode des paroisses de naissance et de décès. Si un peu plus d'un cinquième d'enfants subirent cette coutume avant 1680, quatre à cinq enfants sur dix en souffrirent en fin de période. En ce qui a trait aux enfants de seigneurs et officiers militaires, les résultats ne diffèrent guère de l'ensemble, probablement pour la même raison proposée précédemment sur les niveaux de mortalité infantile selon la catégorie professionnelle. Notre classement incluant en pro-

TABLEAU 3.10 Répartition des intervalles intergénéraliques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Seigneurs et officiers militaires seulement)

Période	Nombre total d'intervalles	Longueur des intervalles				Pourcentage d'intervalle	
		Jusqu'à 18 mois	19 mois et plus	Jusqu'à 20 mois	21 mois et plus	Jusqu'à 18 mois	Jusqu'à 20 mois
Avant 1680	143	34	109	45	98	23,8	31,5
1680-1699	424	129	295	186	238	30,4	43,9
1700-1719	953	285	668	407	546	29,9	42,7
1720-1739	1 401	462	939	668	733	33,0	47,7
1740-1759	952	373	579	499	453	39,2	52,4
1760-1779	586	246	340	331	255	42,0	56,5
Total	4 459	1 529	2 930	2 136	2 323	34,3	47,9

Note : les derniers intervalles et ceux de 36 mois et plus sont exclus

TABLEAU 3.11 Répartition des intervalles intergénéraliques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Marchands et fonctionnaires seulement)

Période	Nombre total d'intervalles	Longueur des intervalles				Pourcentage d'intervalle	
		Jusqu'à 18 mois	19 mois et plus	Jusqu'à 20 mois	21 mois et plus	Jusqu'à 18 mois	Jusqu'à 20 mois
Avant 1680	207	45	162	59	148	21,7	28,5
1680-1699	582	182	400	242	340	31,3	41,6
1700-1719	656	270	386	351	305	41,2	53,5
1720-1739	938	464	474	577	361	49,5	61,5
1740-1759	872	462	410	564	308	53,0	64,7
1760-1779	564	277	287	340	224	49,1	60,3
Total	3 819	1 700	2 119	2 133	1 686	44,5	55,9

Note : les derniers intervalles et ceux de 36 mois et plus sont exclus

⁵¹ Les Tableaux 3.8 à 3.11 ne font aucune distinction entre les villes et les campagnes.

TABLEAU 3.12 Répartition des intervalles intergénésiques suivant les naissances d'enfants vivant plus d'un an selon leur durée en mois (Artisans seulement)

Période	Nombre total d'intervalles	Longueur des intervalles				Pourcentage d'intervalle	
		Jusqu'à 18 mois	19 mois et plus	Jusqu'à 20 mois	21 mois et plus	Jusqu'à 18 mois	Jusqu'à 20 mois
Avant 1680	404	70	334	99	305	17,3	24,5
1680-1699	794	162	632	239	555	20,4	30,1
1700-1719	1 107	304	803	446	661	27,5	40,3
1720-1739	2 203	840	1 363	1 159	1 044	38,1	52,6
1740-1759	2 444	967	1 477	1 273	1 171	39,6	52,1
1760-1779	1 722	669	1 053	874	848	38,9	50,8
Total	8 674	3 012	5 662	4 090	4 584	34,7	47,2

Note : les derniers intervalles et ceux de 36 mois et plus sont exclus

portion plus de seigneurs et officiers militaires résidant en campagne, le phénomène demeure ici sous-estimé⁵². D'après nos résultats et compte tenu de la sous-estimation effective pour la première catégorie, les marchands et fonctionnaires auraient été les seconds à placer le plus leurs enfants – à l'image des résultats de Danielle Gauvreau – soit d'un peu plus d'un tiers au XVIIe siècle à près de deux tiers en fin de période. Si la méthode des paroisses laissait entendre que moins de 20% d'enfants d'artisans furent placés en nourrice au moment de la Conquête, la méthode des intervalles suggère un peu plus du double. Il ressort de cette série de tableaux que la méthode des intervalles corrobore l'hypothèse que non seulement la mise en nourrice est devenue de plus en plus populaire mais aussi qu'elle touche effectivement davantage les familles citadines pour chacune des trois premières catégories professionnelles.

La question des différences de niveaux de mortalité infantile entre Québec et Montréal tourmentant encore nos esprits, nous nous sommes prêtés à réaliser le même exercice que précédemment, à la différence cette fois, que seules les deux paroisses urbaines principales sont considérées. Par souci de clarté du texte, les deux séries de trois tableaux obtenus relatifs aux catégories professionnelles traitées sont présentées en Annexe 3.2 et 3.3 (A,B,C). La prise en compte des centres urbains tend à préciser la proportion d'enfants mis en nourrice puisqu'il est acquis que la concentration des nobles, des bourgeois et des artisans est plus importante en leurs enceintes. Un premier coup d'œil aux résultats indique des différences entre les deux pôles urbains, dont la plus singulière concerne les

⁵² L'identification des nobles est largement plus précise par Lorraine Gadoury. Elle obtient une fourchette de proportions plus grandes que les nôtres : 39,3-52,0% (XVIIe siècle); 56,7-66,1% (1700-1734); 59,7-71,6% (1735-1765)

seigneurs et les officiers militaires. Dès 1680, plus de la moitié des petits nobles Québécois auraient été envoyés en nourrice comparativement à un sur cinq à Montréal. Cette dernière doit attendre la période 1720-1740 pour atteindre le même niveau. Si l'on observe des proportions stables à Québec, celles de Montréal ne cessent de grimper pour atteindre près de 80% d'enfants placés. Il est délicat d'admettre qu'il pourrait s'agir d'une explication potentielle de la différence des niveaux entre les deux villes au vu de la petitesse des effectifs. Dans une moindre mesure, le même profil se répète pour les enfants d'artisans qui auraient été un peu plus éloignés du sein de leur mère à Montréal qu'à Québec (6 contre 5 sur dix). L'évolution des proportions pour les enfants de marchands et fonctionnaires est sensiblement la même dans les deux cas. Cet exercice, bien qu'imparfait, témoigne une nouvelle fois de la singularité de Montréal et nécessiterait une investigation plus approfondie.

2. COMPOSANTES DE LA MORTALITÉ INFANTILE

La compréhension de l'évolution de la mortalité infantile au cours de l'existence de la Nouvelle-France ne peut être exhaustive si sa désagrégation en composantes n'est accomplie. L'importance de cette action conduit à connaître non seulement quels éléments contribuent à l'évolution générale de la mortalité mais aussi l'évolution temporelle de chacun d'eux. Une fois les niveaux des composantes connus, l'identification des diverses causes responsables de l'évolution globale de la mortalité infantile est facilitée⁵³. Dans cette section, l'examen de la mortalité des enfants en ses composantes sera d'abord concrétisé sans aucune distinction entre les lieux de naissance afin de donner un premier aperçu des profils de la mortalité endogène et exogène. Compte tenu des observations obtenues dans la Figure 3.4 concernant les quotients apparents pour Québec, Montréal et les paroisses rurales et des explications probables aux écarts visibles entre les courbes, il paraît tout à fait pertinent d'étudier la mortalité infantile de cause endogène et exogène pour les zones urbaines et rurales. Enfin, dans une dernière section, nous proposerons quelques réflexions inspirées par nos résultats et par ceux des études passées.⁵⁴

⁵³ La méthode de Jean Bourgois-Pichat n'exige pas de connaître les causes de décès réelles mais autorise par contre la connaissance des proportions de chacune des composantes comme cause de décès. Nous ne pouvons malheureusement pas attribuer à chaque décès infantile la composante qui le concerne.

⁵⁴ Les graphiques ayant fourni les résultats des Tableaux 3.12 à 3.14 sont présentés en Annexe 3.4 à 3.9.

2.1. Ensemble du territoire

Au même titre que tous les aspects de la mortalité infantile étudiés jusqu'ici, l'élaboration de résultats sur la mortalité infantile de causes endogènes et exogènes par la méthode de Jean Bourgois-Pichat ne peut se réaliser qu'à partir des données apparentes, les données corrigées n'octroyant malheureusement pas la possibilité de distribuer les décès retrouvés selon l'âge du trépas. À preuve du contraire, les données apparentes extraites des registres paroissiaux du Québec ancien n'ont pour l'instant jamais déçu nos attentes.

La première série de résultats apportés par le Tableau 3.13 confirme avant toute chose que lorsque le niveau de mortalité infantile est faible, celui de la mortalité endogène surpasse le niveau de mortalité exogène (57,6 contre 38,0‰ avant 1680). Ce sont ainsi les traumatismes liés à la grossesse et à l'accouchement, les malformations congénitales et les problèmes liés à la constitution de l'enfant qui priment sur les agents infectieux et les soins prodigués au nouveau-né comme causes de mortalité. La période 1680-1699 constitue cependant une année charnière où les deux composantes sont à parts égales.

TABLEAU 3.13 Composantes endogènes et exogènes de la mortalité infantile par période (Ensemble du territoire)

	Avant 1680	1680- 1699	1700- 1719	1720- 1739	1740- 1759	1760- 1779	Total
Décès relevés avant un an	626	1 674	3 659	7 512	17 675	25 318	56 464
Décès endogènes (Méthode graphique)	377	838	1 398	2 605	5 096	6 475	16 789
Décès exogènes (Méthode graphique)	249	836	2 261	4 907	12 579	18 843	39 675
Effectifs des naissances par période	6 547	10 993	20 384	37 112	62 473	96 885	234 394
Quotient de mortalité endogène (‰)	57,6	76,2	68,6	70,2	81,6	66,8	71,6
Quotient de mortalité exogène (‰)	38,0	76,0	110,9	132,2	201,4	194,5	169,3
Quotient de mortalité infantile (‰)	95,6	152,3	179,5	202,4	282,9	261,3	240,9
Part de la mortalité exogène (%)	39,8	49,9	61,8	65,3	71,2	74,4	70,3

Au XVIII^e siècle, un autre profil se dessine : bien que la mortalité endogène reste à un niveau stable jusqu'en 1740 environ ($\pm 69\%$), la mortalité exogène demeure l'explication à

l'augmentation majeure de la mortalité infantile générale. En fin de période, les périls extérieurs se produisant après le premier mois de vie expliquent près de 75% des décès infantiles.⁵⁵

2.2. *Paroisses urbaines et paroisses rurales*

La distinction selon les lieux de résidence témoigne une nouvelle fois des disparités existantes entre les villes et les campagnes (Tableaux 3.14 et 3.15). Au premier abord, avant 1680, il ressort que l'écart de proportions entre les deux composantes est moindre en milieu urbain qu'en milieu rural (44,2 contre 35,1%), ce qui signifie qu'en temps de faible mortalité infantile, presque autant d'enfants succombaient par des causes endogènes ou exogènes alors qu'en milieu rural les décès endogènes prédominaient.⁵⁶

TABLEAU 3.14 Composantes endogènes et exogènes de la mortalité infantile par période (Paroisses urbaines)

	Avant 1680	1680- 1699	1700- 1719	1720- 1739	1740- 1759	1760- 1779	Total
Décès relevés avant un an	432	651	1 346	2 515	4 671	4 676	14 291
Décès endogènes (Méthode graphique)	241	302	404	719	1 118	1 217	4 001
Décès exogènes (Méthode graphique)	191	349	942	1 796	3 553	3 459	10 290
Effectifs des naissances par période	4 114	3 604	5 798	8 563	11 490	12 311	45 880
Quotient de mortalité endogène (‰)	58,6	83,8	69,7	84,0	97,3	98,9	87,2
Quotient de mortalité exogène (‰)	46,4	96,8	162,5	209,7	309,2	281,0	224,3
Quotient de mortalité infantile (‰)	105,0	180,6	232,1	293,7	406,5	379,8	311,5
Part de la mortalité exogène (%)	44,2	53,6	70,0	71,4	76,1	74,0	72,0

⁵⁵ Par curiosité, nous avons souhaité connaître la distribution relative des décès infantiles par âge au décès en mois et par période de naissance de vingt ans (Résultats non présentés). Il ressort qu'avant 1680, plus de 71% des décès se produisent durant le premier mois, soulignant une surmortalité endogène. Le reste des décès (1-11 mois révolus) se distribue en proportions décroissantes. Durant la période 1760-1779, cette distribution n'est plus que de 41,3% pour le premier mois. Si la part des enfants décédés durant le second mois de vie demeure inchangée entre le début et la fin de la colonie ($\pm 11,5\%$), celles des enfants décédés entre le deuxième et onzième mois révolus augmentent graduellement d'une période à l'autre, confirmant ainsi que la mortalité se produisant au-delà du premier mois de vie prédomine.

⁵⁶ Souvenons-nous qu'au XVII^e siècle, les villes telles que Québec ou Montréal étaient encore relativement intégrées au paysage rural.

TABLEAU 3.15 Composantes endogènes et exogènes de la mortalité infantile par période (Paroisses rurales)

	Avant 1680	1680-1699	1700-1719	1720-1739	1740-1759	1760-1779	Total
Décès relevés avant un an	194	1 023	2 313	4 997	13 004	20 642	42 173
Décès endogènes (Méthode graphique)	126	509	926	1 881	3 857	5 333	12 632
Décès exogènes (Méthode graphique)	68	514	1 387	3 116	9 147	15 309	29 541
Effectifs des naissances par période	2 433	7 389	14 586	28 549	50 983	84 574	188 514
Quotient de mortalité endogène (‰)	51,8	68,9	63,5	65,9	75,7	63,1	67,0
Quotient de mortalité exogène (‰)	27,9	69,6	95,1	109,1	179,4	181,0	156,7
Quotient de mortalité infantile (‰)	79,7	138,4	158,6	175,0	255,1	244,1	223,7
Part de la mortalité exogène (%)	35,1	50,2	60,0	62,4	70,3	74,2	70,0

Alors que dès la période 1700-1719, sept décès infantiles sur dix sont des décès exogènes en ville, il faut attendre les années 1740-1759 pour que le même niveau soit atteint en campagne. Ceci confirme en effet que les conditions de vies dans lesquelles vivaient les enfants furent plus rapidement défavorables en zone urbaine qu'en zone rurales.

La promiscuité, les pratiques sociales, les agents pathogènes sont autant d'explications possibles. Se remémorant ces facteurs, on se serait attendu à ce que la part de la mortalité exogène augmente davantage en zone urbaine en fin de période. L'infirmité de ce constat trouve son origine en ce qu'à partir de 1720, les niveaux de mortalité endogène se sont accrus de près de 30‰, freinant ainsi la progression de la part de la mortalité exogène.

2.3. Quelques réflexions

Au préalable, spécifions que ces résultats avoisinent ceux des recherches passées, ce qui en soi est bon signe. Faisons d'abord le parallèle entre nos résultats, les séries de quotients de mortalité infantile relatifs au lieu de naissance et au statut social de la famille de l'enfant : Lorraine Gadoury (nobles) et Carles Simo Noguera (bourgeois) ont trouvé,

pour leurs catégories sociales respectives, des résultats similaires aux nôtres pour les paroisses urbaines.⁵⁷ En connaissant les corrélations entre le lieu de naissance/résidence et le statut socioprofessionnel, nous pourrions extrapoler en affirmant l'hypothèse que la répartition proportionnelle entre les composantes de la mortalité infantile des agriculteurs suit celle des campagnes. Si les parts de la mortalité endogène et exogène sont relativement homogènes dans la colonie quels que soient le lieu de résidence ou la classe sociale, seul le rythme de progression diffère en fonction du niveau de mortalité effectif.

En second point, nous aimerions brièvement revenir sur l'idée que des causes exogènes pouvaient se manifester sous la forme endogène pour les nouveau-nés par l'intermédiaire du fœtus. Il semble que dans les paroisses rurales (1740-1759) mais surtout dans les paroisses urbaines (1720-1779), les conditions de vie se soient si vite dégradées, qu'elles ont davantage affecté la santé des mères, au point de réduire plus qu'à l'ordinaire les probabilités de survie de leurs enfants au moment de la grossesse et durant leur premier mois de vie. Ainsi, entre le début du XVIIIe siècle et la fin de notre période d'observation, la mortalité endogène a augmenté de près de 42% dans les villes.

3. LES NIVEAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE CORRIGÉS

Attendu que les registres paroissiaux et autres documents nominatifs utilisés pour la construction de la généalogie des Canadiens-Français comportent quelques lacunes, il est nécessaire, voir indispensable, de connaître en quelles proportions celles-ci ont affecté nos estimations des niveaux de la mortalité infantile, à la fois dans le temps et dans l'espace. Dès lors, nous nous sommes prêtés aux exercices de corrections des données historiques élaborées par Louis Henry et qui consistent avant toute chose à quantifier les enfants ondoyés et décédés avant leur baptême et ensuite à évaluer combien d'enfants de destin inconnu seraient décédés avant leur premier anniversaire. L'application de ces procédés a été réalisée pour l'ensemble des enfants, selon leur sexe, le lieu de naissance (Québec, Montréal, reste du territoire excepté Trois-Rivières) sur des périodes de vingt ans. Nous avons écarté l'idée d'estimer les ondoyés décédés et les décès manquants pour Trois-Rivières ou selon les catégories sociales. Les découpages temporel et social n'offraient pas pour certaines divisions suffisamment d'effectifs pour l'obtention de résultats satisfaisants.

⁵⁷ Voir le Tableau 1.1 du premier chapitre.

3.1. Application des méthodes de correction

Selon la conformité discutée de Louis Henry et dans les sociétés anciennes, la proportion d'enfants ondoyés aurait été uniformément de 3% des naissances vivantes et relevées. Les 4 842 enfants ondoyés et décédés ne constituent que 2,07% des naissances relevées pour l'ensemble de la période, ce qui signifie que près de 1% des naissances et décès d'âmes innocentes n'ont jamais été consignés dans les registres. De même, au cours du Chapitre 2, nous avons pu estimer que 16,6% des enfants dont la naissance est relevée sont de destin inconnu.⁵⁸ Au vu de ces proportions, il est essentiel de retrouver les décès manquants à l'origine d'une sous-estimation du phénomène étudié.

3.1.1. Estimation des ondoyés décédés

Les Tableaux 3.16 et 3.17 décrivent les naissances relevées et corrigées par le réajustement des proportions d'ondoyés décédés par périodes bi-décennales selon différents critères et valorisent quelques perspectives intéressantes.

En premier lieu, l'enregistrement des enfants ondoyés décédés s'améliore au fil des périodes passant de moins de 1% à plus de 2,2% pour l'ensemble du territoire (Tableau 3.16). Ceci suggère que ces enfants, si courte fut leur vie, furent de moins en moins négligés au XVIIIe siècle qu'au siècle précédent. L'inscription de leur existence tire à la fois son origine de l'amélioration des voies de communication, des effectifs plus importants d'officiants propres à chaque paroisse et d'un égard plus profond de la part des parents (déclaration) ainsi que des religieux (inscription). Néanmoins, subsistent des disparités – qui ne se sont pas estompées – selon le sexe de l'enfant né. Quand bien même le rapport de masculinité à la naissance et au décès pris en compte, les petites filles ondoyées et décédées furent effectivement moins enregistrées que leurs homologues masculins⁵⁹.

En second lieu, il est visible que l'enregistrement des ondoyés décédés – si l'on s'en tient toujours à la proportion constante de 3% - fut équivalent à Québec et à Montréal entre 1,1% et 2,5% environ en début et fin de période (Tableau 3.17). Les enfants en dan-

⁵⁸ Cette proportion d'enfants au destin inconnu a été obtenue dans la section 1.2.5 du Chapitre 2, en écartant l'émigration comme cause d'absence d'acte de décès dans la colonie ainsi qu'en contrôlant les actes mentionnant l'individu comme étant vivant au-delà de son premier anniversaire.

⁵⁹ La somme des ondoyés estimés pour l'ensemble du territoire (2 190) n'égale pas la somme entre celle estimée pour les filles (2 624) et les garçons (2 222) pour la simple raison que la première comprend les enfants ondoyés et décédés de sexe inconnu (Colonne 2) qui constitue 2 740 cas sur les 4 842 (56,6%). Nous aurions pu distribuer les enfants de sexe inconnu selon le rapport de masculinité au décès mais nous avons privilégié les estimations d'ondoyés décédés à partir des déclarations de sexe connu.

TABEAU 3.16 Naissances, ondoyés relevés et ondoyés estimés par période de naissance et par sexe

Période de naissance	Naissances de la période (1)	Ondoyés décédés relevés (2)	% d'ondoyés relevés	Ondoyés décédés estimés en complément de (2) (3)	Naissances corrigées (1)+(3)
<i>ENSEMBLE DU TERRITOIRE</i>					
1621-1679	6 547	62	0,95	134	6 681
1680-1699	10 993	186	1,69	144	11 137
1700-1719	20 384	392	1,92	220	20 604
1720-1739	37 112	698	1,88	415	37 527
1740-1759	62 473	1 355	2,17	519	62 992
1760-1779	96 885	2 149	2,22	758	97 643
1621-1779	<i>234 394</i>	<i>4 842</i>	<i>2,07</i>	<i>2 190</i>	<i>236 584</i>
<i>SEXE FEMININ</i>					
1621-1679	3 176	13	0,41	82	3 258
1680-1699	5 305	37	0,70	122	5 427
1700-1719	9 851	92	0,93	204	10 055
1720-1739	17 915	154	0,86	383	18 298
1740-1759	30 057	207	0,69	695	30 752
1760-1779	46 353	253	0,55	1 138	47 491
1621-1779	<i>112 657</i>	<i>756</i>	<i>0,67</i>	<i>2 624</i>	<i>115 281</i>
<i>SEXE MASCULIN</i>					
1621-1679	3 340	25	0,75	75	3 415
1680-1699	5 616	77	1,37	91	5 707
1700-1719	10 341	114	1,10	196	10 537
1720-1739	18 897	248	1,31	319	19 216
1740-1759	31 683	425	1,34	525	32 208
1760-1779	49 044	457	0,93	1 014	50 058
1621-1779	<i>118 921</i>	<i>1 346</i>	<i>1,13</i>	<i>2 222</i>	<i>121 143</i>

TABEAU 3.17 Naissances, ondoyés relevés et ondoyés estimés par période de naissance et par lieu de naissance

Période de naissance	Naissances de la période (1)	Ondoyés décédés relevés (2)	% d'ondoyés relevés	Ondoyés décédés estimés en complément de (2) (3)	Naissances corrigées (1)+(3)
<i>QUEBEC</i>					
1621-1679	2 729	31	1,14	51	2 780
1680-1699	1 838	36	1,96	19	1 857
1700-1719	2 477	38	1,53	36	2 513
1720-1739	4 384	70	1,60	62	4 446
1740-1759	6 268	146	2,33	42	6 310
1760-1779	5 120	125	2,44	29	5 149
1621-1779	22 816	446	1,95	238	23 054
<i>MONTREAL</i>					
1621-1679	998	13	1,30	17	1 015
1680-1699	1 474	23	1,56	21	1 495
1700-1719	2 893	50	1,73	37	2 930
1720-1739	3 777	78	2,07	35	3 812
1740-1759	4 674	119	2,55	21	4 695
1760-1779	6 230	141	2,26	46	6 276
1621-1779	20 046	424	2,12	177	20 223
<i>CAMPAGNES</i>					
1621-1679	2 433	16	0,66	57	2 490
1680-1699	7 389	116	1,57	106	7 495
1700-1719	14 586	285	1,95	153	14 739
1720-1739	28 549	538	1,88	318	28 867
1740-1759	50 983	1 078	2,11	451	51 434
1760-1779	84 574	1 871	2,21	666	85 240
1621-1779	188 514	3 904	2,07	1 751	190 265

ger de mort dans les campagnes ont quant à eux souffert de l'éloignement et du manque de prêtres attiré à leur paroisse de naissance, puisqu'il faut attendre le début du XVIIIe siècle pour que leur proportion rejoigne celles estimées dans les deux villes principales. Dès lors, quelle que soit le découpage de la population, ce sont un peu plus de 2 100

ondoyés décédés manquants qui nécessitent d'être ajoutés au total des naissances relevées.

3.1.2. Estimation des décès perdus

Une fois les ondoyés décédés corrigés, il reste la délicate étape de correction consistant en l'estimation des décès perdus par la méthode de distribution des intervalles entre deux accouchements. Dans un régime de fécondité naturelle, les intervalles de plus de 36 mois impliquent indubitablement une naissance intermédiaire qui est manquante⁶⁰. C'est pourquoi seuls les enfants dont l'intervalle intergénéral n'excède pas 36 mois révolus ont été sélectionnés. En exécutant ce choix, même si le nombre d'intervalles est en conséquence un peu réduit⁶¹, les risques de compromettre les résultats sont amoindris.

A l'image des ondoyés décédés, les Tableaux 3.18 et 3.19 résument les corrections apportées aux données apparentes. Ils révèlent que quelle que soit la désagrégation accomplie, le sous-enregistrement des décès infantiles fut de l'ordre de 23 à près de 40% avant 1680, sauf Montréal qui constitue une exception avec moins de 9%. Au mépris de ces fortes proportions, il reste que le sous-enregistrement est grandement réduit au cours des périodes jusqu'à atteindre moins de 15% au début du Régime Anglais. L'abandon progressif d'inscrire des actes sur des feuilles volantes, l'émission d'ordonnances religieuses, la rigueur des officiants religieux et des parents à les respecter sont probablement les causes de cette amélioration. Si peu de différences sont visibles selon le sexe de l'enfant d'une période à l'autre, celles entre les deux paroisses urbaines et les campagnes persistent. Nonobstant les méthodes privilégiées, nos résultats globaux (1621-1779) abondent dans le sens de ceux obtenus pour Beauport (13,2%), Neuville (18,4%), Cap-santé, Grondines et Deschambault (27,3%)⁶².

⁶⁰ Par exemple, le non-enregistrement d'un ondoyé décédé peut expliquer cette absence.

⁶¹ Pour l'ensemble de la Nouvelle-France, l'étude a porté respectivement sur 190 171 intervalles entre les naissances distribués selon que l'aîné a survécu, est décédé ou bien est de destin inconnu, dont 91 411 pour les filles et 96 709 pour les garçons, 17 867, 15 977 et 153 978 pour Québec, Montréal et les campagnes. L'échantillon est suffisamment important pour pouvoir se permettre une catégorisation des intervalles par durée, en vue d'éviter certains biais.

⁶² TREMBLAY (1981), *op. cit.*, p. 190; BERNIER-LEMYRE (1982), *op. cit.*, p.55; GOUDREAU (1984), *op. cit.*, p. 110. Les auteurs favorisent la méthode des prénoms répétés.

TABEAU 3.18 Naissances corrigées, décès relevés et corrigés, ondoyés estimés, sous-enregistrement, coefficient de correction des décès estimés et quotients de mortalité infantile corrigés par lieu et période de naissance

Période de naissance	Naissances corrigées (1)	Décès relevés (2)	Ondoyés estimés (3)	Sous-enreg. des décès estimé (%)	Coefficient de correction estimé (4)	Décès corrigés (2) x (4) (5)	Quotients de mortalité infantile corrigés (‰) 1000 x [(3) + (5)] / (1)
<i>ENSEMBLE DE LA NOUVELLE-FRANCE</i>							
1621-1679	6 681	626	51	27,92	1,39	870	137,9
1680-1699	11 137	1 674	19	10,08	1,11	1 858	168,5
1700-1719	20 604	3 659	36	12,82	1,15	4 208	206,0
1720-1739	37 527	7 512	62	9,82	1,11	8 338	223,8
1740-1759	62 992	17 675	42	8,88	1,10	19 443	309,3
1760-1779	97 643	25 318	29	11,42	1,13	28 609	293,3
1621-1779	236 584	56 464	238	12,68	1,15	64 934	275,5
<i>SEXE FÉMININ</i>							
1621-1679	3 176	287	13	25,91	1,35	387	125,9
1680-1699	5 305	706	37	12,19	1,14	805	158,7
1700-1719	9 851	1 579	92	14,40	1,17	1 847	196,8
1720-1739	17 915	3 349	154	10,17	1,11	3 717	216,1
1740-1759	30 057	7 885	207	8,22	1,09	8 595	292,8
1760-1779	46 353	11 091	253	11,91	1,14	12 644	278,2
1621-1779	112 657	24 897	756	13,14	1,15	28 632	260,9
<i>SEXE MASCULIN</i>							
1621-1679	3 340	312	25	30,94	1,44	449	141,9
1680-1699	5 616	896	77	8,97	1,10	986	189,3
1700-1719	10 341	1 891	114	12,81	1,15	2 175	221,4
1720-1739	18 897	3 864	248	10,80	1,12	4 328	242,2
1740-1759	31 683	9 066	425	10,37	1,12	10 154	333,9
1760-1779	49 044	12 779	457	12,97	1,15	14 696	309,0
1621-1779	118 921	28 808	1 346	13,89	1,16	33 417	292,3

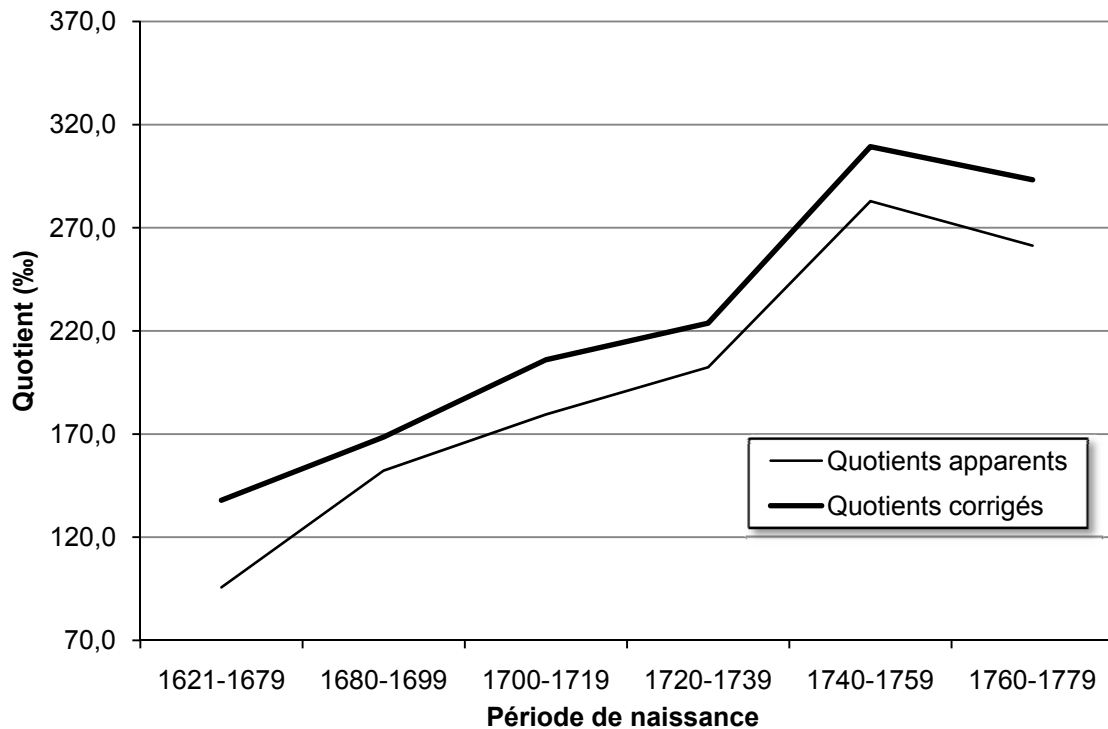
TABEAU 3.19 Naissances corrigées, décès relevés et corrigés, ondoyés estimés, sous-enregistrement des décès, coefficient de correction des décès estimés et quotients de mortalité infantile corrigés par période et lieu de naissance

Période de naissance	Naissances corrigées (1)	Décès relevés (2)	Ondoyés estimés (3)	Sous-enreg. des décès estimé (%)	Coefficient de correction estimé (4)	Décès corrigés (2) x (4) (5)	Quotients de mortalité infantile corrigés (‰) $1000 \times [(3) + (5)] / (1)$
<i>QUEBEC</i>							
1621-1679	2 729	313	31	23,17	1,30	407	160,5
1680-1699	1 838	346	36	10,71	1,12	388	230,7
1700-1719	2 477	608	38	13,46	1,16	705	300,0
1720-1739	4 384	1 130	70	9,40	1,10	1 243	299,5
1740-1759	6 268	2 352	146	5,29	1,06	2 493	421,0
1760-1779	5 120	1 608	125	14,18	1,17	1 881	391,8
1621-1779	22 816	6 357	446	12,97	1,15	7 311	340,0
<i>MONTRÉAL</i>							
1621-1679	998	99	13	8,73	1,10	109	122,2
1680-1699	1 474	267	23	9,66	1,11	296	216,4
1700-1719	2 893	690	50	7,62	1,08	745	274,8
1720-1739	3 777	1 294	78	3,90	1,04	1 346	377,0
1740-1759	4 674	2 165	119	6,72	1,07	2 317	521,2
1760-1779	6 230	2 859	141	5,74	1,06	3 031	509,1
1621-1779	20 046	7 374	424	8,62	1,09	8 038	422,1
<i>RESTE DU TERRITOIRE</i>							
1621-1679	2 433	194	16	39,30	1,65	320	138,1
1680-1699	7 389	1 023	116	9,51	1,11	1 136	169,4
1700-1719	14 586	2 313	285	13,76	1,16	2 683	203,5
1720-1739	28 549	4 997	538	11,31	1,13	5 647	216,6
1740-1759	50 983	13 004	1 078	6,41	1,07	13 914	294,1
1760-1779	84 574	20 642	1 871	11,99	1,14	23 532	300,4
1621-1779	188 514	42 173	3 904	13,64	1,16	48 921	280,2

3.2. Vers une mortalité infantile réelle approchée

Ces considérations plutôt techniques abordées, tournons maintenant notre intérêt sur les niveaux de mortalité corrigés⁶³. Afin d'offrir au lecteur une meilleure comparaison entre les niveaux apparents et corrigés, nous les avons réunis dans une série de trois graphiques qui concernent d'abord tous les enfants, puis les filles et les garçons et enfin les Québécois, les Montréalais et les enfants des campagnes (Figures 3.7 à 3.9). Le premier graphique suggère clairement le fort sous-enregistrement des premières années coloniales où le quotient corrigé franchit nettement le seuil de 100‰. Par la suite, l'évolution de quotients corrigés demeure parallèle à celle des quotients apparents et avoisine davantage la lisière des 300‰.

FIGURE 3.7 Quotients de mortalité infantile (‰) apparents et corrigés pour l'ensemble des enfants par période de naissance

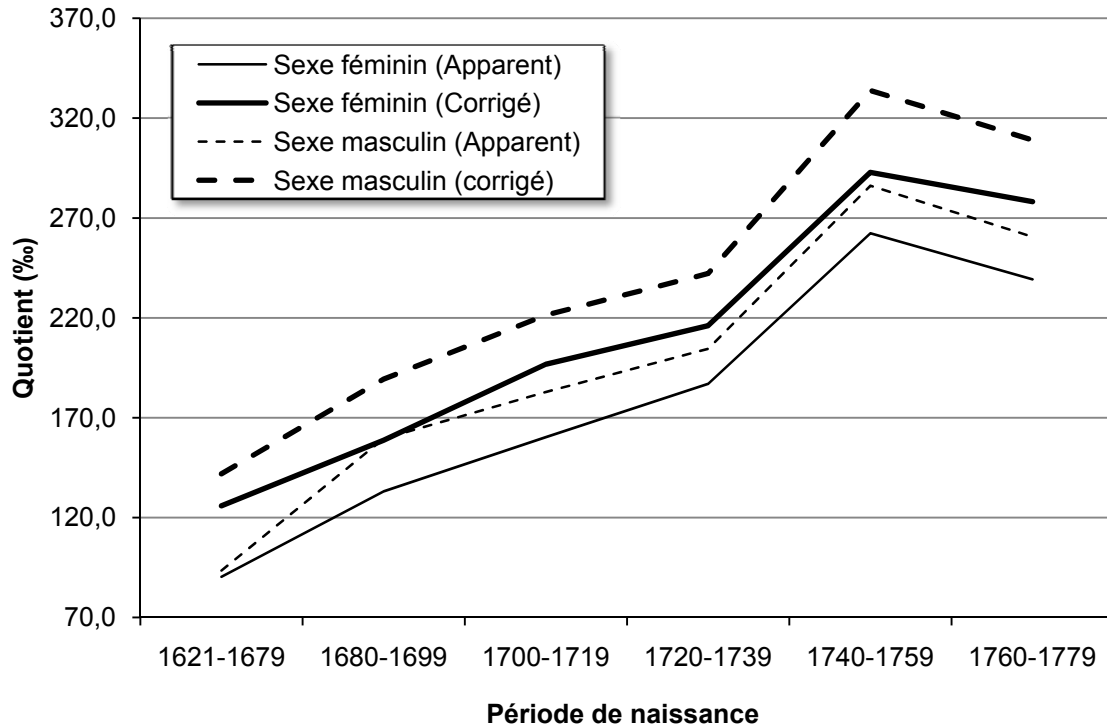


La distinction entre les sexes suit le même principe que précédemment et rétablit les risques de décéder à l'image de ceux qui devaient être effectifs aux XVIIe et XVIIIe siècles (Figure 3.8). Si les quotients corrigés des petites filles joutent tout compte fait les quotients apparents des petits garçons (moins de 3 décès sur 10 en fin de période), ces derniers accusent toujours une surmortalité bien perceptible tout au long de la période,

⁶³ Dernière colonne des Tableaux 3.17 et 3.18.

d'autant plus que les proportions du sous-enregistrement ne diffèrent que peu d'un sexe à l'autre (excepté avant 1680). Dès lors, un tiers des garçons ne pouvait espérer survivre à leur première année.

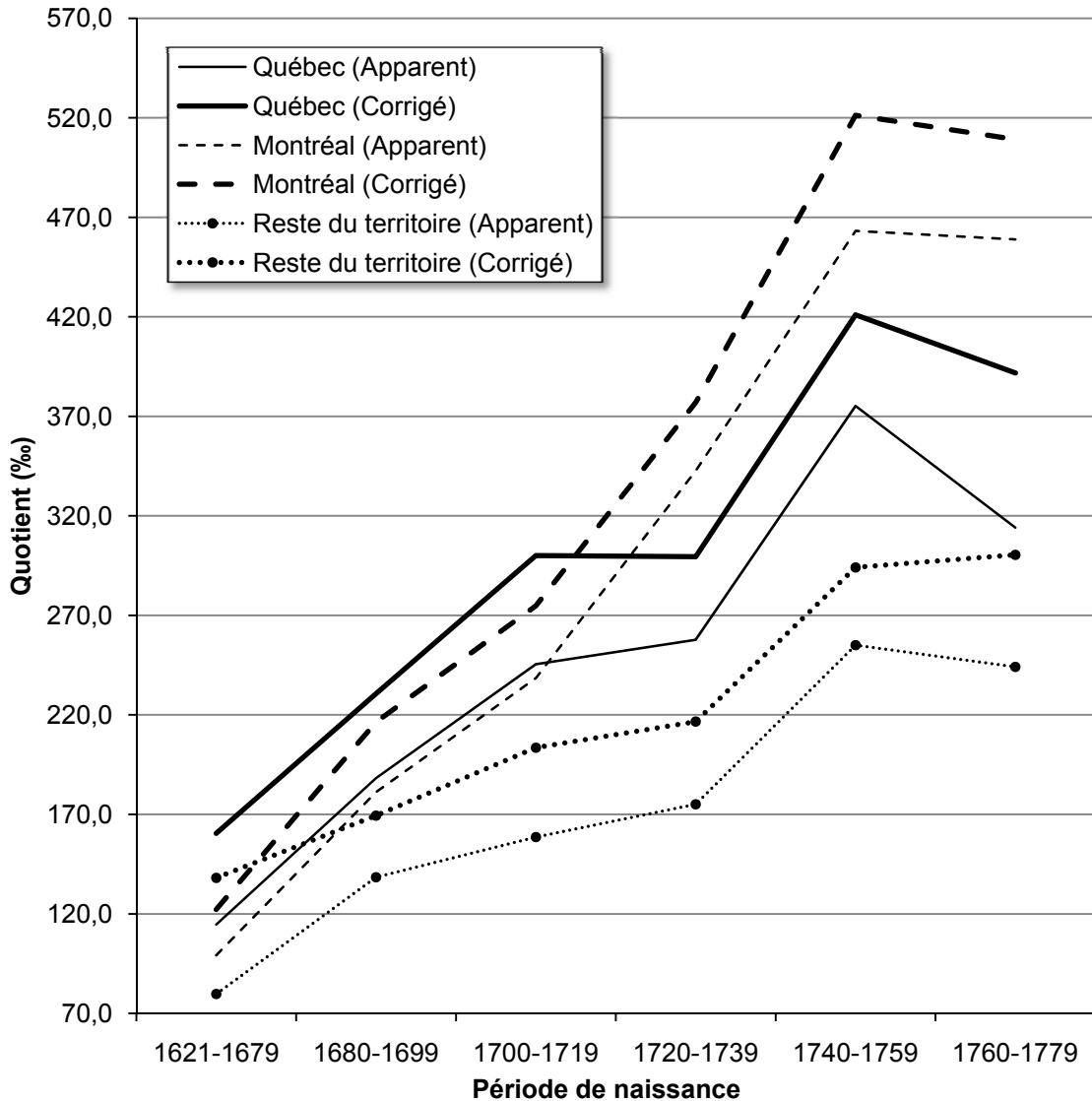
FIGURE 3.8 Quotients de mortalité infantile (‰) apparents et corrigés selon le sexe de l'enfant et par période de naissance



Présenté avec la même échelle que les deux graphiques précédents, la Figure 3.9 confirme les disparités selon le lieu de naissance qui étaient visibles avec les quotients annuels apparents (Figure 3.4). La première constatation concerne la fulgurante progression de la mortalité infantile à Montréal. Si les quotients apparents laissaient espérer que le cap de 500‰ ne soit pas franchement atteint, les quotients corrigés atteignent en moyenne 521,2‰ à la fin de la colonisation française et 509,1‰ au début du Régime Britannique, ce qui constitue une hausse de plus de 35% avec la période 1720-1739. D'un autre côté, Québec, qui connut un sous-enregistrement plus important jusqu'à la quatrième période et un moment de répit durant les trente années de paix, vit plus de quatre enfants sur dix au lieu d'un tiers (apparents) décéder en bas âge, ce qui corrobore les résultats obtenus par Danielle Gauvreau⁶⁴.

⁶⁴ GAUVREAU (1991), *op.cit.*, p.177.

FIGURE 3.9 Quotients de mortalité infantile (‰) apparents et corrigés par lieu et période de naissance



Enfin, les risques corrigés de décéder en campagnes constituent presque une translation des risques apparents et laissent une nouvelle fois transparaître le fort sous-enregistrement en début de période pour les raisons déjà citées. Les corrections sous-entendent des niveaux un peu moins favorables qu'on aurait pu le croire mais n'atteignent pour ainsi dire jamais ceux observés en milieu urbain. Si les quotients apparents suggéraient une jonction probable entre Québec et le milieu rural au début du Régime Anglais, les quotients corrigés freinent quelque peu cette idée au vu des différences de sous-enregistrement des deux zones de naissance. Il est par ailleurs probable que

l'histoire sociale et de migration de la paroisse de Québec soit la cause de cette impression.

4. CONCLUSION DU CHAPITRE

Que la terre de la Nouvelle-France fût un endroit où les familles établies ont bénéficié des richesses qu'elle portait en son sein fut véridique. Loin de nous l'idée de briser le mythe de la terre nourricière qui favorisa jadis tout une population de courageux colons. Néanmoins, la réalité nous rattrape vite et l'histoire nous rappelle incessamment qu'où l'homme passe, se modifie son environnement, parfois au point de menacer sa vie. Dès lors s'engage une lutte entre les deux protagonistes et la Nature finit toujours par avoir gain de cause. Les résidents de la Nouvelle-France n'ont pas échappé à cette fatalité même si la jeunesse de la colonie a, au début, assuré une vie meilleure qu'en métropole.

Cette réalité a été dépistée à maintes reprises dans ce chapitre et sous plusieurs angles différents. En premier lieu, citons les crises de mortalité soudaines, dont l'identification de chacune d'elle est parfois délicate et qui ponctuent l'histoire de la mortalité infantile. D'une première fois en 1687, elles surgissent de plus en plus fréquemment au XVIII^e siècle mais avec une intensité respective qui s'amointrit après 1740. Au mépris d'une meilleure immunité ou d'une virulence moindre, il semble plutôt que l'explication soit la hausse de la mortalité dite «normale». Par ailleurs, peu d'éléments laissent présager une amélioration des niveaux après la cession de la colonie aux mains des Britanniques.

Dans un angle de vue plus affiné, cette recherche confirme la présence d'une surmortalité masculine qui transparaît tout au long de la période. Les rapports de masculinité dénotent néanmoins que cette surmortalité s'amenuise après 1725 et se stabilise autour de 1,2 garçons décédés pour une fille. Les enfants des villes ne connaissent au XVII^e siècle que peu de différences en termes de survie. Cependant, Montréal, ville au cœur de la colonie, affiche au cours du siècle suivant une singularité qu'elle a conservée jusqu'au début du Régime Anglais avec des risques de décéder avant le premier anniversaire de l'ordre de 30% plus forts qu'à Québec. Les enfants des campagnes furent épargnés des risques de vivre dans une promiscuité, dans un mode de vie urbain et près des quais portuaires où les navires introduisent gens, matériel et maladies dans la colonie. Dès lors, pour un même statut social donné, le lieu de naissance

ou de résidence de l'enfant joue un rôle positif ou négatif. Ceci est d'autant plus vrai que les enfants d'agriculteurs jouissent des bienfaits de leur environnement et de la vie quotidienne de leurs parents qui est en symbiose avec la Nature et non pas avec les modes et les pratiques liées au rang social. Ces dernières régissent si bien la vie des membres de l'élite coloniale qu'elles ravagent leur descendance de plus en plus profondément. En effet, la mise en nourrice pratiquée sur au moins 50% des enfants de l'élite, et même davantage à Montréal, constitue une explication majeure de décès infantiles dans la haute société.

Une autre cause importante de décès d'enfants n'ayant pas franchi leur premier anniversaire de vie tire sa source des périls extérieurs. Si la mortalité de causes endogènes prédomine lorsque le niveau de mortalité infantile est faible – sauf dans les villes où les deux composantes s'équivalent – la relation inverse se révèle véridique au point que la mortalité de causes exogènes explique 75% des décès survenus durant la première année de vie lorsque le niveau de mortalité infantile est haut. A ce titre, nos résultats manifestent l'impact de la dégradation des conditions de vie extérieure sur la vie des enfants puisqu'elles les affectent aussi au travers de leur mère de façon endogène : d'un extrême à l'autre de notre période d'observation, la mortalité de cause endogène a grimpé de 42% dans les zones urbaines.

La saisie de cette factualité qui affecta les nouveau-nés n'aurait pu avoir une once d'exhaustivité – tant reste encore à faire – si la considération des irrégularités effectives des registres paroissiaux n'avait été prise en compte. Effectivement, le sous-enregistrement des enfants ondoyés et décédés ainsi que l'absence de décès d'enfants baptisés demeurent la source d'une sous-estimation de la mortalité infantile. Même si l'enregistrement de ces événements s'améliore sérieusement au fil des décennies, il reste qu'au début de l'occupation britannique moins de 15% des décès d'enfants n'auraient pas été consignés dans les registres dépendamment du critère observé.

La réplique plus grossière des exercices de désagréations produites dans la première moitié de ce chapitre, cette fois en matière de mortalité corrigée, rehausse les niveaux de mortalité infantile qui avait été calculés directement à partir des informations inscrites. Dès lors, le portrait de la mortalité des enfants de moins d'un an s'assombrit quelque peu et ternit l'image du territoire bienfaisant. Ce sont un peu plus d'un tiers des garçons qui

décèdent avant leur premier anniversaire et le sous-enregistrement des décès des petites filles ne modifie en rien l'importance de la surmortalité masculine. Montréal atteint une nouvelle fois des records de risques où la moitié de ses nouveau-nés meurent en bas âge durant les quarante dernières années observées. Cette paroisse constitue le paroxysme inégalé dans la colonie dont les explications restent à trouver. Québec, de son côté, voit en moyenne 40% de ses enfants mourir à l'aube de leur vie. Les enfants des campagnes, malgré un sous-enregistrement des décès infantiles plus conséquent, demeurent les seuls à bénéficier de plus grandes probabilités de survie.

Le début du régime britannique laisse présager une stabilisation des niveaux de mortalité des enfants. Quoique les données apparentes suggèrent le contraire, l'hypothèse qu'un sommet en matière de risque de décéder fut atteint autour des premières années de ce régime reste, à nos yeux, privilégiée. Certes, les écrits relatent de crises de mortalité et de nouvelles maladies qui se substituent aux anciennes⁶⁵, mais la lente introduction de la vaccination antivariolique et diverses mesures apotropaïques prises par le gouvernement préconisent une certaine conscience que la fatalité peut être parfois déjouée pour le plus grand bien de la population. Ainsi, il est fort probable que la fin du XVIIIe siècle et le début du XIXe soient l'amorce d'une progressive diminution de la mortalité infantile.

⁶⁵ Les anciens documents citent entre autres une importante épidémie de variole en 1784, l'apparition du Mal de la Baie-St-Paul (syphilis) dès 1773, et plus tard le choléra et l'influenza.

CHAPITRE 4

LES FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA MORTALITÉ INFANTILE

«L'avenir d'un enfant est l'œuvre de sa mère»

Napoléon Bonaparte (1769-1821)

Force est d'admettre que la promiscuité des habitants dans les villes, les croyances erronées en termes de salubrité et d'hygiène, le fourvoiement licite des pratiques d'allaitement, la présence assidue de maladies infectieuses, l'absence de prise en charge médicale des enfants, l'insuffisance des connaissances thérapeutiques et la résignation des familles ne sont pas les uniques responsables des décès infantiles. Par une approche descriptive, le chapitre précédent se préoccupait de l'évolution de l'ampleur de la mortalité infantile à travers divers critères tel que le sexe, le lieu de résidence ou le statut social de la famille en faisant abstraction des caractéristiques démographiques familiales. Poursuivre cette démarche laisserait dans l'ombre une partie des mécanismes qui structurent le phénomène. De ces facteurs extrinsèques, il faut focaliser notre attention sur d'autres éléments susceptibles d'affecter, à une échelle différente, la vie des tout-petits. Par conséquent, l'enfant ne doit plus être perçu comme un individu faisant partie intégrante d'une population scindée géographiquement ou socialement mais comme un membre d'une fratrie et d'une famille qui lui sont indissociables.

Ce chapitre est consacré à cette approche exploratoire. Néanmoins, l'analyse de la mortalité infantile sous l'angle familial requiert prudence et résignation. Sans être fataliste, le cadre conceptuel construit dans le premier chapitre, a révélé toute la texture spécifique de la reproduction et de la mortalité infantile. Saisir l'intégralité des interactions est utopique, la complexité du rouage est telle qu'elle exigerait non seulement des données sans restrictions mais aussi un modèle statistique trop élaboré. Malgré les limites

imposées par l'utilisation de documents anciens, ces derniers pouvoient suffisamment d'informations pour travailler sur une fraction du schéma conceptuel. L'âge de la mère à son premier mariage, à ses accouchements, l'âge au décès de ses enfants, sa descendance finale, la durée des intervalles protogénésique et intergénéésiques, la proportion d'enfants perdus avant l'âge d'un an peuvent être soustraits de la reconstitution généalogique des familles canadiennes-françaises. L'analyse à degré croissant de difficulté de ces facteurs imbriqués devient dès lors envisageable (1^{ère} partie).

En outre, le chapitre précédent, même s'il a abordé la mortalité des enfants sous un autre angle, constitue un guide pour notre présente démarche. Les découvertes d'une progressive mortalité infantile tout au long des XVII^e et XVIII^e siècle, des différents parcours de celle-ci selon le sexe de l'enfant, dans les deux plus grandes villes et les campagnes ou les catégories socioprofessionnelles ne doivent pas être proscrites de notre seconde approche. Par surcroît, la dissociation du phénomène en ses composantes endogène et exogène équivaut, en d'autres termes, à la mortalité néonatale et post-néonatale traitée dans ce chapitre-ci. Ces éléments indiquent la présence d'un effet de genre, de lieu, de classe sociale et de période à retenir. À partir de là, nous pouvons déterminer comment les caractéristiques individuelles et familiales d'un enfant affectent sa survie.

Enfin, la descendance finale d'une famille n'est pas identique pour toutes les femmes puisqu'elle dépend entre autres de leur âge au mariage, de leur fécondabilité ou de la durée moyenne des intervalles entre naissances, eux-mêmes tributaires du destin de chaque enfant ou des pratiques d'allaitement. De plus, plus une mère a d'enfants, plus elle s'expose au risque d'en perdre, mais plus elle en perd, plus elle en aura. Il reste à s'interroger sur la répartition des décès infantiles entre les mères. Certaines ont-elles une plus grande propension à perdre leurs enfants? Cette inclination est-elle héritée de mère en filles? Dans une perspective intergénérationnelle, l'existence d'une transmission familiale de la mortalité mérite d'être vérifiée (2^{ème} partie).

1. MORTALITÉ INFANTILE ET REPRODUCTION

Les résultats obtenus au chapitre précédent constituent des indications dont nous devons tenir compte pour une étude congruente. De même, la revue de la littérature a contribué à nous éclairer quant aux facteurs interagissant entre la mortalité infantile et la

reproduction et qui, malencontreusement, ne pourront être intégrés dans notre analyse (durée de conception, durée de la grossesse...). Leur considération qualitative est néanmoins de première nécessité.

Mentionnons de nouveau les dimensions et les contraintes de l'échantillon, décrites au terme du second chapitre, sur lequel les prochaines analyses sont fondées : la complétude des vies matrimoniale et reproductive se doivent d'être observées et seules les familles rurales – parce qu'elles ne pratiquent pas la mise en nourrice – ayant eu au moins deux enfants seront incluses. Ainsi, 6 224 mères de famille et 52 955 naissances relatives répondent à ces critères de sélection. Cet échantillon, important par sa taille, ne devrait entraver, qu'en de rares occasions, les analyses entreprises. Dans la mesure où les conditions socioéconomiques qui prévalaient dans les campagnes étaient analogues d'une paroisse ou d'une région à l'autre, les familles choisies admettent un degré de représentativité satisfaisant. Une fois ces conditions préalables formulées (Chapitre 2), il sied de débiter l'analyse qui se doit d'être réalisée en étapes successives, soit en mode univarié, puis en mode bivarié et bivarié contrôlé et enfin en multivarié.

1.1. Analyse univariée

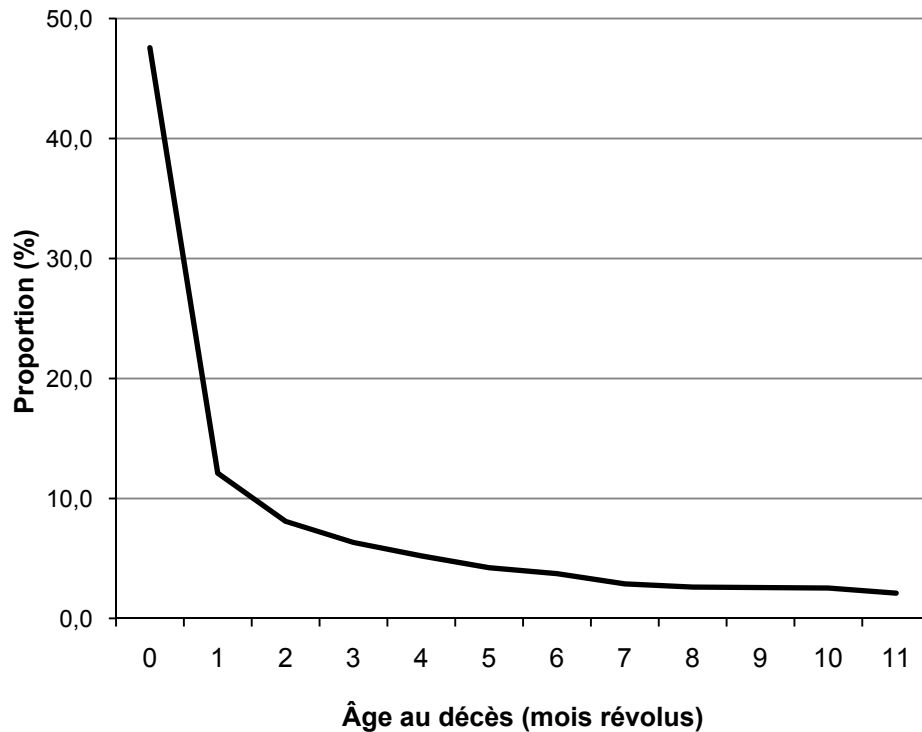
Au cours de la première année de vie, les risques de décéder diffèrent selon l'âge. Ce principe, déjà largement entériné dans la littérature scientifique, ne peut être proscrit dans la suite de notre recherche, d'autant plus que celle-ci a témoigné des évolutions et des propriétés propres à chacune des composantes de la mortalité infantile. Au sein de cette section, une première approche des liens entre la reproduction et la mortalité infantile sera accomplie : l'âge au mariage et l'intervalle protogénésique – brièvement abordés à titre informatif, les facteurs relatifs à la mère, à l'enfant et à la fratrie constitueront l'amorce de l'analyse entre les deux phénomènes et établiront les balises qui guideront la suite de cette recherche.

1.1.1. Mortalité néonatale et post-néonatale

La distribution des décès infantiles selon l'âge au décès en mois des familles qui forment notre échantillon d'analyse (Figure 4.1) corrobore les observations réalisées non seulement par les premiers démographes des XVIIe et XVIIIe siècles tels que Petty, Graunt, Muret ou Moheau mais aussi par les démographes contemporains. Le premier

mois de vie demeure critique pour les nouveau-nés puisque près de 50% des décès infantiles s'y produisent et traduisent la mortalité de cause endogène. Le second mois l'est moins (12,1%) et plus l'âge au décès croît, moindres en sont les proportions. L'allure de la courbe confirme à elle-seule la nécessité de distinguer, dans ce chapitre aussi, le premier des onze mois de vie suivants en tant que mortalité néonatale et post-néonatale.

FIGURE 4.1 Distribution des décès infantiles selon leur âge au décès (%)



Note : $n = 10\ 443$ décès infantiles.

Le rythme décroissant des décès infantiles pendant la première année de vie ne fut néanmoins pas constant des origines de la colonie jusqu'en 1779. Le Tableau 4.1 résume leurs distributions par période de naissance et raffermit le principe que l'évolution des proportions s'ajuste en fonction du niveau de mortalité éprouvé par les enfants¹. En temps de faible mortalité infantile (1621 à 1699), plus des deux tiers des décès surviennent dans la période néonatale. Cette part franchit la barre des 50% au XVIIIe siècle dès que les conditions exogènes se dégradent. Dès lors, excepté le second mois de vie dont la proportion reste stable, les proportions de décédés âgés de 2 à 11 mois révolus ne cesse

¹ Voir chapitre 3, section 2.

TABEAU 4.1 Distribution des décès infantiles selon leur âge au décès par période de naissance (%)

Âge au décès (mois révolus)	1621-1679	1680-1699	1700-1719	1720-1739	1740-1759	1760-1779
0	72,7	64,9	54,8	50,7	43,2	45,6
1	15,9	11,8	13,9	11,8	11,9	11,7
2	4,5	5,7	8,1	7,3	8,7	8,2
3	0,0	4,7	4,1	6,0	7,1	7,0
4	4,5	2,5	4,1	4,5	6,1	4,8
5	0,0	2,5	2,9	4,4	4,6	4,3
6	0,0	1,7	2,1	3,6	4,2	4,4
7	0,0	1,2	1,8	2,6	3,3	3,5
8	2,3	1,0	2,4	2,3	2,9	3,1
9	0,0	2,0	1,7	2,5	2,8	2,7
10	0,0	1,5	2,3	2,4	2,7	2,8
11	0,0	0,7	1,8	2,0	2,4	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : $n = 10\ 443$ décès infantiles.

d'augmenter au fil des périodes. En réponse à la croissance observée des niveaux de mortalité infantile durant l'existence de la colonie, un effet de période se profile encore et doit en conséquence être pris en compte dans la suite de cette étude.

1.1.2. Âge au mariage et intervalle protogénésique

La vie reproductive débutait par l'entrée légitime de la jeune fille dans la vie maritale. L'âge au mariage, fonction des conjonctures démographiques et socio-économiques, détermine en l'absence de contrôle de la fécondité non seulement l'âge à la première naissance mais aussi la dimension finale de la famille nouvellement créée. Les données relatives aux 6 224 mères qui répondent aux critères de sélection indiquent², pour toutes périodes confondues, que 39,4% d'entre-elles furent mariées avant l'âge de 20 ans et 43,1% entre 20 et 24 ans³. Si entre cinq et huit femmes sur dix se marièrent avant leur 20^{ème} anniversaire avant 1709, cette proportion chute à trois sur dix entre 1710 et 1749 au profit des deux groupes d'âges quinquennaux suivants. L'âge moyen au premier mariage passe de 17,5 ans avant 1690 à 21,0 ans après 1730.

L'intervalle protogénésique, soit l'intervalle entre la date de l'union et celle de la première naissance reflète aussi bien l'absence de planification familiale comme la

² Voir Chapitre 2, section 2.5.1.

³ Tableaux non présentés.

présence d'allaitement maternel lorsque celui-ci est comparé à la durée moyenne des intervalles intergénésiques. Dans le cas de nos familles, 76,2% des intervalles protogénésiques se situent entre 8 et 15 mois⁴ et l'intervalle protogénésiqne moyen est d'une durée de 14,2 mois, ce qui est conforme aux observations réalisées par Jacques Henripin⁵. Les mères adolescentes (<20 ans) et les mères âgées (35+) expérimentent un intervalle protogénésiqne moyen supérieur à 15 mois tandis que l'on observe un minimum pour celles âgées de 20 à 24 ans (13,0 mois). Puisque l'intervalle protogénésiqne est subordonné à l'âge de la mère lors de son premier mariage, nous pouvons poser l'hypothèse que les durées moyennes des intervalles intergénésiques seront aussi fonction de l'âge à l'accouchement.

1.1.3. Facteurs relatifs à la mère et l'enfant

L'âge de la mère à l'accouchement et le rang de naissance de chacun de ses enfants constituent vraisemblablement les premiers facteurs examinés dans les risques de mortalité infantile. En effet, Elisabeth Hugues (1923) et Robert Woodbury (1925) assurèrent la continuité de Sir George Newman (1870-1948) sur les causes de décès infantiles relativement à ces deux facteurs. Dans le même esprit, nous avons l'intention de réaliser le même exercice et d'observer les variations des risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon ces deux critères.

1.1.3.1. L'âge à l'accouchement du premier enfant

Les familles des XVIIe et XVIIIe siècles canadiens ne font pas exception à propos de l'impact de l'âge de la mère sur les risques de décéder de leurs enfants par rapport à d'autres populations historiques⁶. Effectivement, les mères âgées de moins de 20 ans ou de plus de 35 ans sont celles qui sont le plus à risques de perdre leurs enfants au cours de la période néonatale (Figure 4.2). Le risque de décéder lors du premier mois de vie est à son minimum pour les enfants issus de mères âgées de 25-29 ans (88,2‰). La relation entre l'âge de la mère et la période post-néonatale ne profile pas de relation aussi nette, tout du moins pas avant 30 ans. L'effet négatif des jeunes mères ou des mères âgées sur

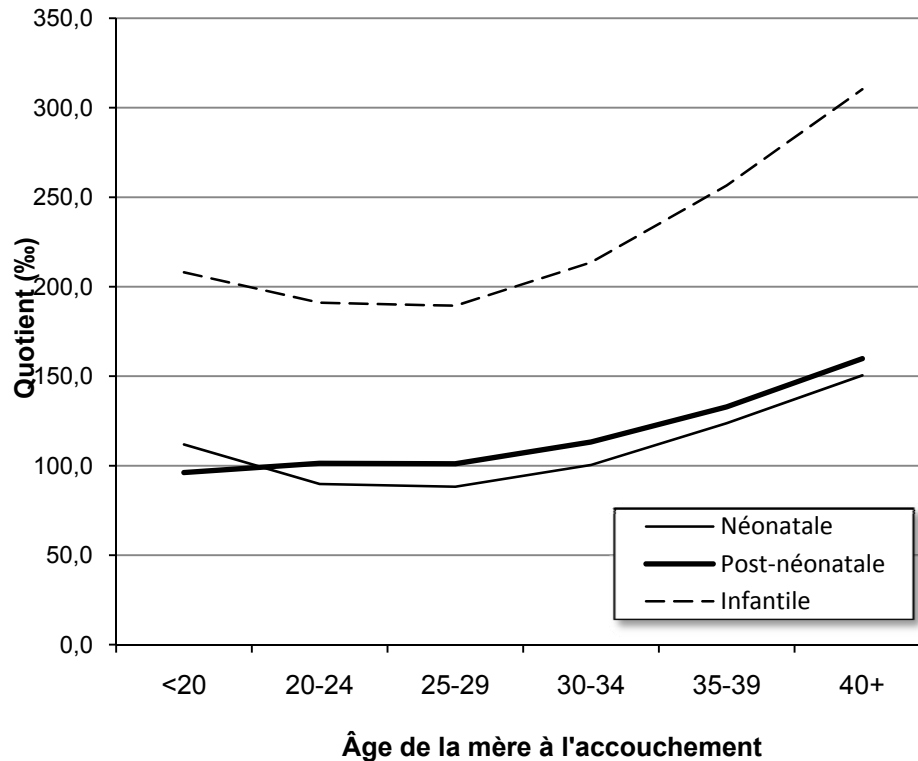
⁴ L'analyse a porté sur 5 856 intervalles. 368 conceptions pré-nuptiales ou intervalles trop longs ont été exclus.

⁵ HENRIPIN (1954), *Les ménages canadiens...*, p. 84.

⁶ HUGUES (1923), *op. cit.*, p. 41-42; WOODBURY (1925), *op. cit.*, p. 39-40; KNODEL (1984), *op. cit.*, p. 1100-1102; KNODEL (1988), *op. cit.*, p. 86-92; HOBBCRAFT et al., *op. cit.*, p. 369; MILLER (1989), *op. cit.*, p. 485; DESJARDINS (1997), *op. cit.*, p.177-178.

la vie de leurs enfants persiste lorsqu'est considérée la période infantile et conserve sa forme en «J étiré».

FIGURE 4.2 Risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon l'âge de la mère à l'accouchement



Note : $n = 48\ 615$ naissances.

Les plus jeunes souffrent d'une immaturité physique et d'une inexpérience en termes de soins maternels liée à leur jeune âge tandis que les mères les plus âgées ressentent les répercussions des grossesses répétées, malgré leur expérience en maternité acquise. L'âge de la mère constituerait bien une des causes endogènes de la mortalité infantile⁷.

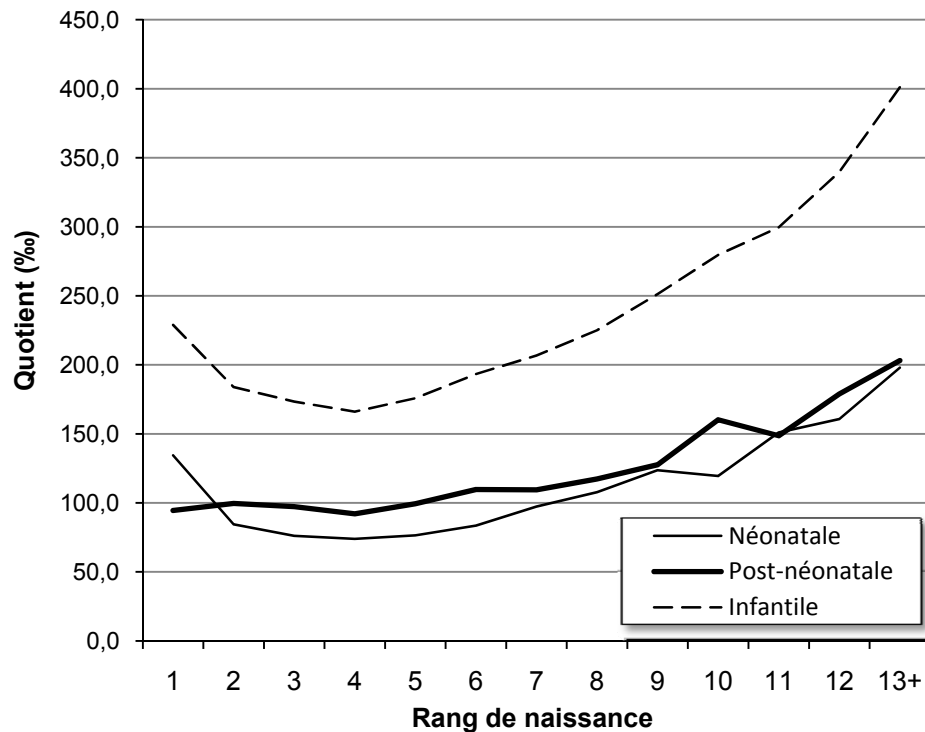
⁷ L'emploi du conditionnel n'est pas un hasard. Nous avons réalisé le même exercice que celui de la Figure 4.2 en découpant la période d'étude en deux : 1621-1719; 1720-1779. La première représente une période de mortalité infantile faible (${}_1q_0 \pm 150\%$) et la seconde une mortalité infantile élevée (${}_1q_0 \pm 250\%$). Dans la première période, les risques de mortalité néonatale s'expriment par une courbe en «U» (minimum 30-34 ans) supérieurs à ceux de mortalité post-néonatale ($\pm 60\%$) qui ne sont pas affectés par l'âge de la mère. Dans la seconde période, les risques de mortalité néonatale constituent une courbe en «J allongé» (minimum 20-29 ans) mais sont dominés à tout âge par ceux de la mortalité post-néonatale ($\pm 130\%$) qui augmentent avec l'âge de la mère à l'accouchement. Ces résultats insinuent que l'âge de la mère aurait alors une influence double, endogène en tout temps et exogène en temps de forte mortalité infantile. Il est fort probable que la dégradation des conditions de vie extérieures interagisse par l'intermédiaire de la mère sur la qualité de l'allaitement qui est un facteur déterminant exogène de survie pour l'enfant. Voir le graphique en Annexe 4.1A.

Néanmoins, ces risques concernent tous les rangs de naissance confondus. Or, nous savons que le rang de naissance, conjugué à l'âge de la mère à l'accouchement, compose un risque supplémentaire de mourir prématurément. Une analyse bivariée combinant ces deux facteurs s'avère indispensable.

1.1.3.2. Rang de naissance de l'enfant

La Figure 4.3 atteste qu'une surmortalité des premiers nés est présente au cours du premier mois et de la première année de vie quelle que soit la taille de la famille. Cette surmortalité infantile double pour les derniers nés. Si un minimum est visible pour le 4^{ème} rang de naissance plus particulièrement pour les périodes néonatale et infantile, le risque de mourir s'accroît parallèlement avec le rang de naissance et par analogie à la taille de la famille. Puisque seules les mères âgées peuvent expérimenter une descendance nombreuse contrairement aux nouvelles mamans⁸, l'âge de la mère introduit non seulement la maturité et l'épuisement physiologiques comme facteurs de survie/décès

FIGURE 4.3 Risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon le rang de naissance de l'enfant



Note : $n = 48\ 615$ naissances.

⁸ Section 1.2.2 de ce chapitre : la majorité des femmes se marient avant 25 ans.

pour l'enfant mais aussi la taille de la famille comme facteur de surcharge en termes de soins maternels. En effet, plus une mère doit s'occuper d'enfants en bas âge, plus la compétition de ces derniers en ce qui a trait à l'allaitement, l'attention parentale, les soins affectifs et nutritifs devient éprouvante. C'est la raison pour laquelle les risques de mortalité post-néonatale (causes exogènes) ne cessent d'augmenter en fonction du rang de naissance⁹.

Une nuance nécessite toutefois d'être apportée : il s'agit ici du rang biologique de l'enfant. A moins que la mère n'ait perdu aucun de ses enfants, ce qui est tout à fait possible, le rang d'un enfant dans une fratrie n'est plus égal à son rang de naissance dès lors que des aînés sont décédés. Par exemple, le 7^{ème} enfant d'une mère devient le 4^{ème} enfant survivant si trois de ces aînés sont décédés avant lui. La mère ne doit prendre soin que de quatre enfants et non pas de sept. Ses charges maternelles sont ainsi allégées et pourraient favoriser la survie de ses enfants encore vivants¹⁰.

1.1.4. Facteurs relatifs à la fratrie

L'étude de la mortalité infantile et de la reproduction ne saurait être exhaustive sans intégrer la dimension finale de la famille ou replacer l'enfant dans le contexte fraternel. En effet, celle-ci dépend de l'absence de toute planification familiale, de l'âge au mariage et de la stérilité de la mère. Sa propension à perdre prématurément ses enfants demeure sans doute l'élément clé de l'interaction entre les deux phénomènes puisqu'il implique tacitement la durée des intervalles intergénéraliques, eux-mêmes fonction de facteurs physiologiques (prématurité, problèmes génétiques, complications intra-utérines, épuisement de la mère) et comportementaux (absence d'allaitement maternel, de soins adéquats, accident causant le décès précoce du nourrisson). La taille de la famille, le destin de l'enfant précédent, la proportion d'enfants décédés et la durée de l'intervalle entre deux naissances sont traités dans les sections suivantes.

⁹ CHARBONNEAU (1970), *op. cit.*, p. 179 et 181; HENRY (1968), *op. cit.*, p. 638-639 et 644; GANIAGE (1988), *op. cit.*, p.209-210; HOBBCRAFT et al., *op. cit.*, p. 369; LYNCH et GREENHOUSE (1994), *op. cit.*, p. 121 et 124-125; DESJARDINS (1997), *op. cit.*, p.177-178. Ce phénomène est accentué pour la période 1720-1779 (Annexe 4.1B)

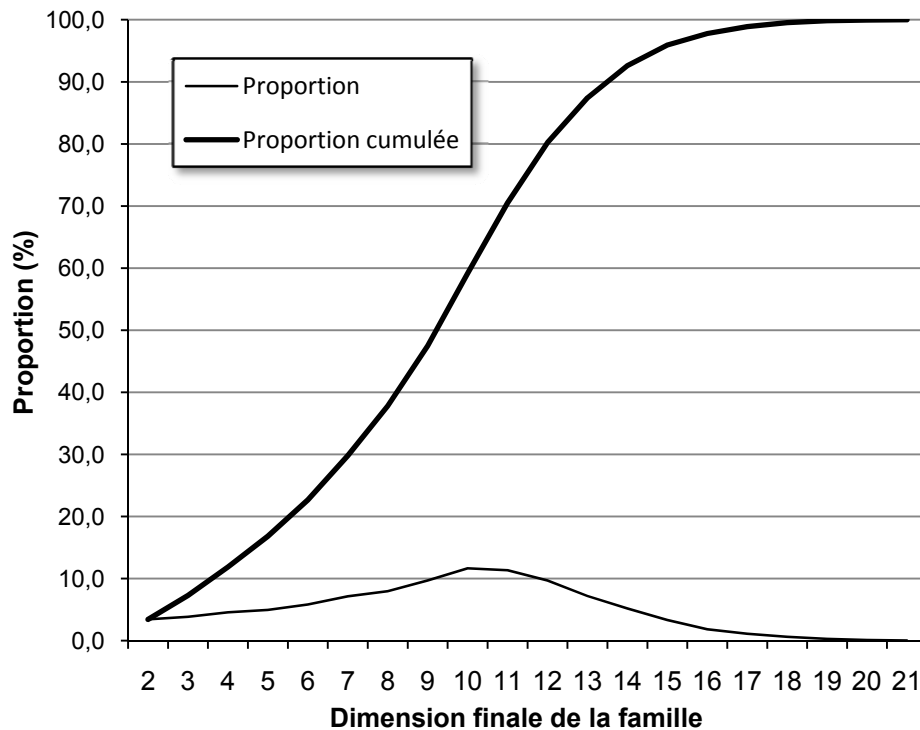
¹⁰ Un des moyens de détecter la validité de cette affirmation serait de calculer le risque de décéder d'un enfant de son rang n (au moins 2 et +) en tenant compte du nombre d'aînés déjà décédés et de la taille de la famille (contrôlée) et de comparer ces risques lorsque cet enfant de rang n n'a perdu aucun de ses aînés. Néanmoins, cette approche risquerait d'introduire une composante familiale importante, celle qu'une femme soit génétiquement ou culturellement portée à perdre ses enfants.

1.1.4.1. Taille de la famille

L'utilisation de la taille de la famille dans le but de déceler les différentes propensions à mourir au cours du premier mois, du second au onzième mois ou bien lors de la première année requiert quelques précautions. Effectivement, toutes les mères ne participent pas de façon homogène à chaque dimension finale. La Figure 4.4 présente la distribution des mères selon leur descendance : près de six femmes sur dix ont eu 10 enfants ou moins (59,2%) alors qu'à l'opposé seule une sur cinq en a eu 13 ou plus (19,8%). Par contre, près d'une sur quatre a eu entre 10 et 11 enfants (23%).

L'analyse des risques de mortalité ne peut en aucun cas faire abstraction de cette répartition, au risque de mettre en péril l'interprétation des résultats. La Figure 4.5 dévoile ces risques selon les composantes de la mortalité infantile. A première vue, les résultats ne s'éloignent pas de ceux trouvés par nos prédécesseurs pour d'autres populations anciennes. Les risques conservent une forme curvilinéaire et sont particulièrement élevés

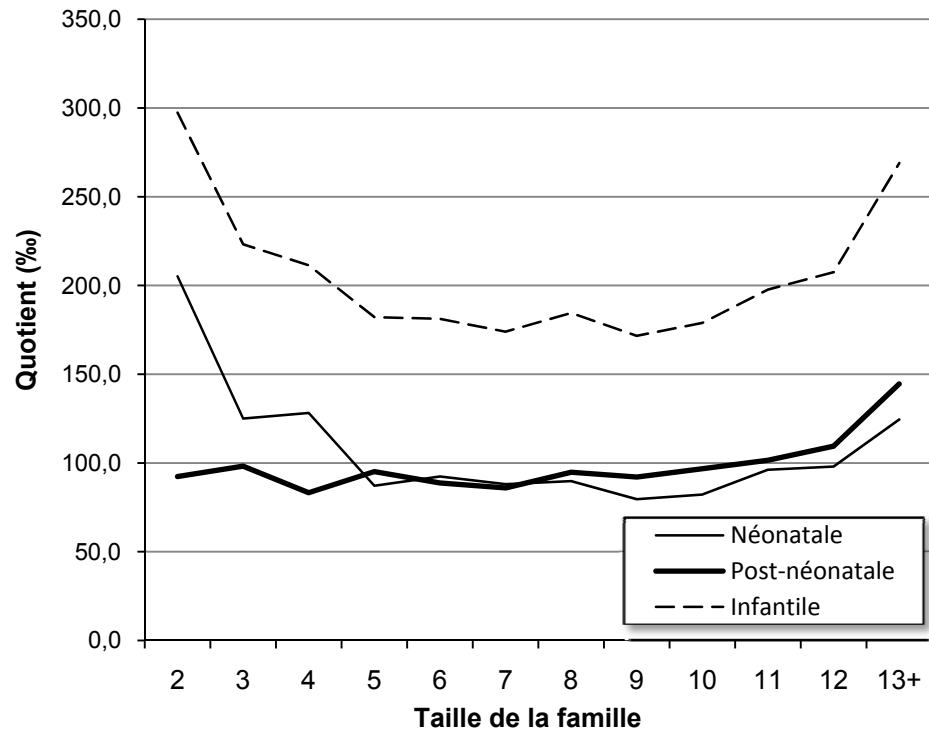
FIGURE 4.4 Distribution relative et cumulée des mères en fonction de leur descendance finale



Note : $n = 6\ 224$ mères.

pour les femmes ayant eu moins de 4 ou plus de 11 enfants surtout pour la période néonatale ou infantile. Toutefois, nous savons que ces femmes sont peu nombreuses et exposent les résultats à des fluctuations éventuelles.

FIGURE 4.5 Risques de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon la taille finale de la famille



Note : $n = 48\ 615$ naissances.

Une nouvelle fois, ces résultats suggèrent implicitement le rôle d'autres facteurs tels que l'âge de la mère et la durée des intervalles intergénéraliques qui sont forcément plus courts que la moyenne pour atteindre des parités très élevées, à moins d'une exception de la Nature. Dès lors, il faut s'interroger sur l'impact du destin de l'aîné de deux enfants nés consécutivement puisque ce destin détermine – en partie – la durée de l'intervalle entre ces deux naissances.

1.1.4.2. Destin de l'enfant précédent

Nombreuses sont les études démontrant l'effet néfaste du décès de l'aîné de deux

enfants¹¹. Puisque l'intervalle intergénérisique augmente avec la durée de vie de l'aîné surtout quand ce dernier est allaité par sa mère et qu'il constitue également un indicateur de la durée de recouvrance d'une mère entre deux grossesses, il reste à observer quels sont les risques de décéder d'un cadet en fonction du destin de son aîné (Tableau 4.2). Au juger, un cadet à 1,6 fois moins de risques de mourir lorsque son aîné a survécu au-delà de sa première année de vie (190,9 contre 307,8‰). Ce risque est un peu plus important dans la période post-néonatale probablement parce qu'il traduit une compétition nutritionnelle et attentionnelle entre les deux enfants envers leur mère (107,3 contre 83,6‰)¹². Les liens fraternels de survie pour le cadet se renforcent dès lors que le décès de son aîné se produit au cours du premier mois de vie. Dans ce cas, le cadet risque davantage de trépasser aussi avant d'atteindre 1 mois (194,4 contre 127,5‰). Ainsi, le décès prématuré de l'aîné accroît de 50% les risques de mortalité endogène de son cadet. Ces causes endogènes se traduiraient sous la forme d'un intervalle intergénérisique trop court, d'un épuisement physiologique fonction du nombre de grossesses déjà menées à termes et d'une durée de conception réduite accentuant les probabilités d'une nouvelle naissance prématurée.

TABLEAU 4.2 Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile d'un enfant en fonction du destin de son aîné

		Cadet						
		Décédé						
		Avant 1 mois		Entre 1 et 11 mois révolus		Avant 1 an		
Aîné	Survécu	83,6		107,3		190,9		
	Décédé	Avant 1 mois	160,0	194,4	147,8	127,5	307,8	321,8
		Entre 1 et 11 mois révolus		125,6		168,2		293,8
	Tous destins		99,6		116,3		215,9	

Note : $n = 44\ 712$ naissances.

Il est difficile d'identifier la part intrinsèque de risque causée par le décès précoce de l'aîné sur la vie de son cadet puisque l'intervalle intergénérisique reliant ces deux

¹¹ GANIAGE (1963), *op. cit.*, p. 95; VALMARY (1965), *op. cit.*, p. 136-7; CHARBONNEAU (1970), *op. cit.*, p. 155-8; KNODEL (1984), *op. cit.*, p. 1100-1102; KNODEL (1984), *op. cit.*, p. 1104; PEBLEY et al. (1991), *op. cit.*, p. 450-1.

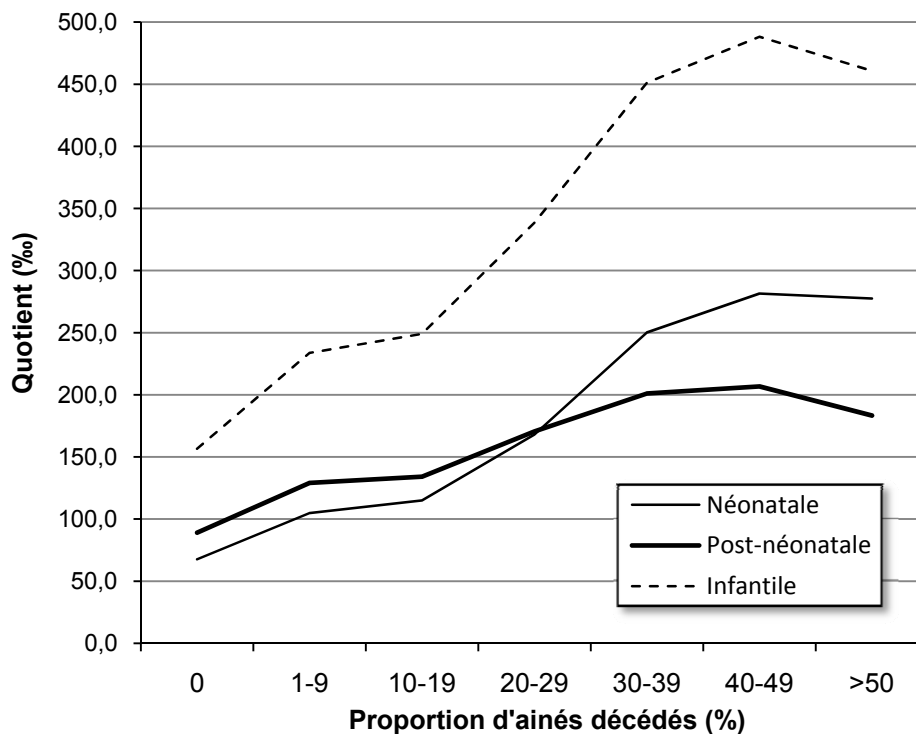
¹² Ces risques s'accroissent pour la période 1720-1779. (Annexe 4.1c)

naissances est composé des durées inconnues de conception et de grossesse. Toujours est-il que le contrôle du destin de l'aîné autorisera indirectement la mesure de l'impact de la durée de l'intervalle entre les naissances.

1.1.4.3. Proportion d'enfants décédés dans la fratrie

Si le destin d'un seul aîné influe significativement sur les probabilités de survie d'un enfant qu'en est-il de celui de toute sa fratrie? Nault et al. (1990), Lynch et Greenhouse (1994), Knodel (1984)¹³, pour ne citer que ces auteurs, ont démontré que la présence d'aînés décédés accroît les risques de mortalité pour les derniers nés au sein d'une même fratrie.

FIGURE 4.6 Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile selon la proportion d'enfants décédés avant leur premier anniversaire dans une famille complétée



Note : $n = 48\ 399$ naissances.

Dans notre cas, les risques obtenus constituent une «moyenne fraternelle» de décéder puisque nous ne connaissons la proportion d'enfants décédés avant le premier

¹³ NAULT et al. (1990), *op.cit.*, p. 282; LYNCH et GREENHOUSE (1994), *op.cit.*, p. 127; KNODEL (1984), *op.cit.*, p. 1105.

anniversaire d'une fratrie qu'une fois la famille complétée. Les enfants nés d'une mère ayant perdu plus de 40% de ses enfants au cours de leur première année de vie mourraient trois fois plus avant l'âge d'un an que des enfants nés d'une mère n'en ayant perdu aucun (Figure 4.6). Le quotient de mortalité infantile scindé en ses composantes révèle des risques désagrégés qui suivent une croissance parallèle jusqu'à ce que la mère ait perdu un tiers de sa progéniture. Au-delà, plus une mère a perdu en proportion ses enfants, plus la part endogène explique ses décès. Nonobstant, la taille de la famille joue un rôle à ne pas exclure en ce que plus une famille est de dimension importante, plus elle risque de voir sa fratrie décimée en proportion.

Les risques semblent cependant diminuer dans la période post-néonatale après que la mère eût perdu plus de la moitié de ses enfants. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ses phénomènes. A moins d'avoir un problème comportemental et/ou culturel entraînant le décès de son enfant, plus une mère perd sa descendance précocement, moins elle aura d'enfants à sa charge ce qui expliquerait la décroissance des risques de mortalité post-néonatale. L'attention, les soins affectifs, nutritionnels et curatifs exigés par ceux-ci sont moins excessifs pour la mère. Par contre, son bagage génétique, son âge, son épuisement physiologique, les grossesses renouvelées et la qualité nutritive du lait maternel sont autant de facteurs relatifs à la santé de la mère qui conduisent à des naissances et décès prématurés (endogènes). Il existe donc une composante familiale de la mortalité infantile où le destin d'un enfant est dépendant de celui de ses aînés mais aussi de la santé leur mère. Dès lors, des mères seraient plus à risques de perdre des enfants par rapport à d'autres. Il reste aussi l'éventualité que cette composante familiale soit aussi intergénérationnelle¹⁴.

1.1.4.4. Intervalles intergénérisques

La durée de l'intervalle intergénérisque est probablement le facteur le plus discriminatoire, le plus complexe mais aussi le plus étudié par les scientifiques¹⁵. Les intervalles de moins de 12 mois, parce qu'ils comportent une proportion importante de décès d'aînés et de naissances prématurées, fauchent plus d'un enfant sur trois avant le

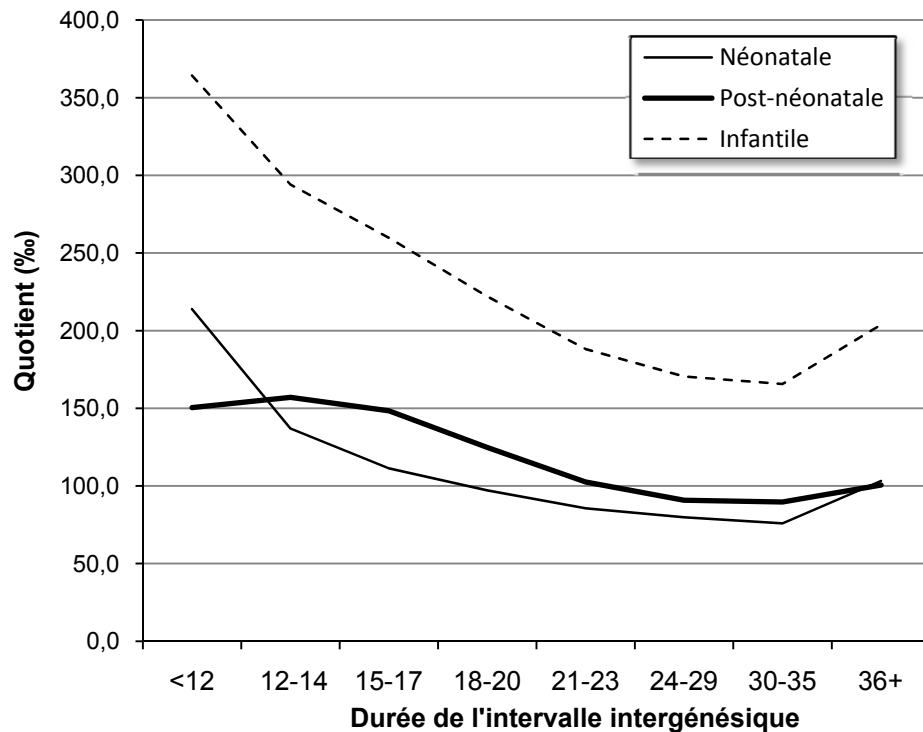
¹⁴ La section 2 de ce chapitre abordera ce point.

¹⁵ Section 4.3.3. du Chapitre 1.

premier anniversaire (364,3‰) et concernent majoritairement des décès endogènes (70%)¹⁶.

Les risques de mourir diminuent de moitié dès que l'intervalle situe entre 21 et 23 mois (188,2‰), soit dans la catégorie où se situe l'intervalle moyen des familles rurales (22,3 mois) (Figure 4.7). Un intervalle moyen de 2,5 ans paraît l'idéal. Si les intervalles très courts se caractérisent par leurs effets délétères, c'est aussi parce qu'ils sont tributaires d'autres éléments que la durée de conception, d'allaitement ou de grossesse. L'âge de la mère, la taille de la famille, la fécondabilité, le degré d'importance des facteurs exogènes précipitant le décès de l'aîné sont autant de facteurs conduisant à des intervalles réduits qui intensifient les risques de mortalité néonatale¹⁷.

FIGURE 4.7 Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile la durée de l'intervalle intergénéral



Note : $n = 48\ 326$ naissances..

¹⁶ HUGUES (1923), *op. cit.*, p. 44; FEDRICK et ADELSTEIN (1973), *op. cit.*, p. 754-756; WOLFERS et SCRIMSHAW (1915), *op. cit.*, p. 488; WOODBURY (1925), *op. cit.*, p. 61-62.

¹⁷ Le Tableau 2.5 démontrait que la durée de l'intervalle intergénéral moyen diminuait au cours du temps. Les conditions de vie et le niveau de mortalité infantile croissant au cours du XVIIIe siècle ne sont probablement pas étrangers à ce constat.

Nous nous sommes prêtés à comparer les différents risques de mortalité (néonatale, post-néonatale et infantile) de chaque catégorie d'intervalles pour deux périodes consécutives (1621-1719 et 1720-1779) dont l'année charnière correspond à peu près au moment de l'expansion démographique naturelle de la population, à la démarcation des caractéristiques sociales et résidentielles (Figure 3.4 et 3.6) et aussi à la dégradation probable de l'environnement sanitaire. Il résulte que pour une même durée d'intervalle, les risques de mortalité infantile sont entre 1,4 et 1,9 fois plus importants pour la période 1720-1779 que pour celle de 1621-1719¹⁸. Alors que la durée de l'intervalle n'avait que peu d'impact sur la vie des tout-petits dans la période post-néonatale au XVIIe et début du XVIIIe (hormis pour les intervalles très réduits), cet effet double au cours du XVIIIe siècle, pour presque toutes les durées et prédomine même sur la mortalité néonatale qui demeure majeure dans les intervalles de moins de 12 mois¹⁹. Au travers de l'intervalle, il faut percevoir les influences néfastes de la dégradation des conditions de vie sur la santé de la mère et de l'enfant. Si celle-ci souffre de carences nutritionnelles, éprouve la perte précoce de son dernier né (épidémie, accident), expérimente une nouvelle grossesse et est affligée d'une déplétion maternelle, elle ne pourra offrir à son nourrisson les conditions nécessaires à sa survie.

Entre les XVIIe et XVIIIe siècles, l'intervalle intergénérisique moyen est passé de 25,8 à 21,8 mois (Tableau 2.5). A-t-on assisté à une modification de la distribution moyenne des durées d'intervalles au cours de l'histoire? Si la catégorie centrale (21-23 mois) et celles des extrêmes (<12 et 36+ mois) sont restées stables au fil des décennies (± 17 , 3 et 8% respectivement), les catégories adjacentes sont celles qui ont subi des évolutions au profit ou au dépend d'une ou des autres. Alors qu'au XVIIe siècle, 70% des intervalles intergénérisiques avaient une longueur de plus 21 mois, cette proportion n'est plus que de 54% à l'aube de la Conquête. A l'opposé, 30% des intervalles duraient moins de 20 mois avant 1700 alors qu'en fin de période, ce pourcentage grimpe à 47%. La catégorie 24-29 mois est celle qui perd sans conteste le plus au profit des catégories 12-20 mois. Les conjonctures socio-sanitaires et nutritives auraient-elles été telles qu'elles auraient provoqué une réduction progressive des intervalles intergénérisiques au sein des familles et aggravé les risques de mortalité infantile et en l'occurrence, de ses composantes?

¹⁸ Pour ne pas alourdir le texte, les résultats sont rapportés dans l'Annexe 4.1D et 4.2.

¹⁹ Cette constatation reste conforme aux principes que les intervalles courts comportent plus de naissances prématurées, d'hypotrophie et suggèrent une déplétion maternelle.

1.2. Analyse bivariée et contrôle de variables

Quelle que soit la variable examinée, nos résultats suggèrent toujours la présence implicite d'une ou plusieurs autres qui jouent des rôles non négligeables dans les probabilités de survie. Parfois, ces rôles requièrent un contrôle dans le dessein de dégager le plus clairement possible l'effet de chacune des variables explorées. Eu égard à l'information exigée pour comprendre les interdépendances entre tous les facteurs associés à la reproduction et à la mortalité infantile, il appert que seules quelques interactions multiples pourront être examinées ici. En dépit de cela, ces observations constituent une avancée dans le domaine sur la population du Québec ancien et pourront être comparées à celles obtenues pour d'autres populations historiques.

1.2.1. Rang de naissance et âge de la mère à l'accouchement

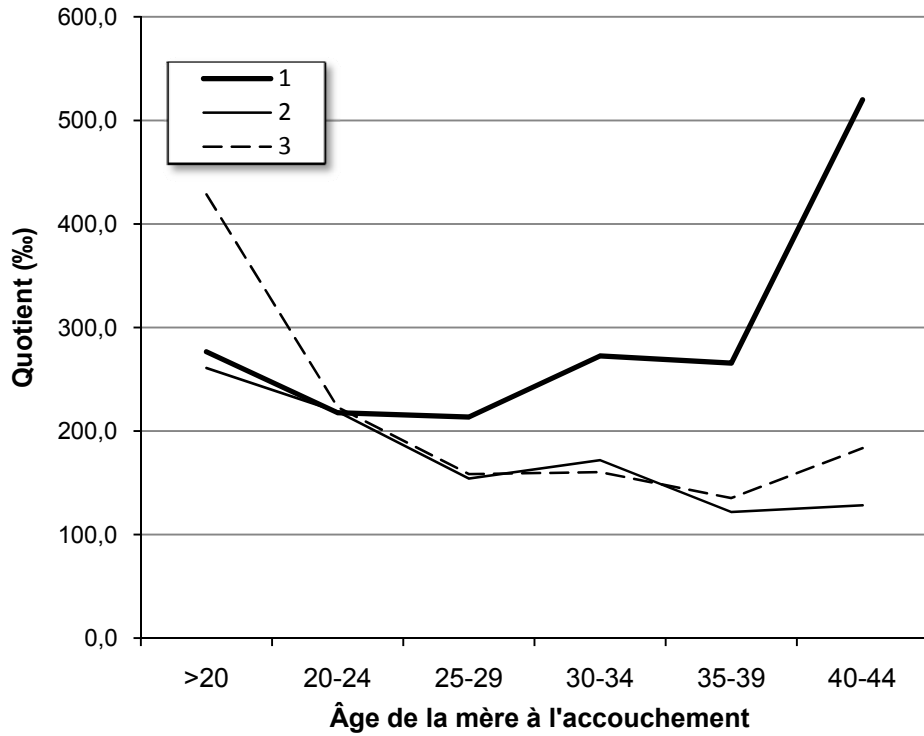
L'une des manières de cerner les affinités physiologiques entre une mère et ses enfants est de mettre en relation l'âge de la mère à l'accouchement et le rang de naissance de ses enfants. Puisque seules les mères âgées peuvent atteindre des parités élevés et que les familles de grande taille ne sont pas les plus nombreuses, nous nous sommes contentés d'examiner les rangs de naissance 1, 2 et 3 qui sont observables pour presque tous les groupes d'âges maternels (Figure 4.8)²⁰. Le premier rang de naissance se démarque en ce que ses risques de décéder excèdent presque toujours ceux des deux rangs de naissance suivants et croissent fortement dès que la mère franchit le seuil de trente ans.²¹

Par contre, plus la mère vieillit, moins grands deviennent les risques de décéder avant un an pour les rangs 2 et 3. Il y a de fortes probabilités qu'à partir de la seconde naissance, la nouvelle maman s'implique davantage aux soins de son dernier né plutôt qu'à son premier né. L'expérience de la première maternité et sa capacité physiologique à mettre au monde des enfants en santé sont autant de facteurs explicatifs des différences entre le premier puis le second et troisième rang. Il est aussi possible que ce cas s'explique parce que la mère s'est mariée plus tard et se situe dans les groupes d'âges

²⁰ Les mères âgées de moins de 20 ans ont eu un maximum de 3 enfants. A l'opposé, aucune mère âgée de 45+ n'a eu d'enfants de rang 1, 2 et 3.

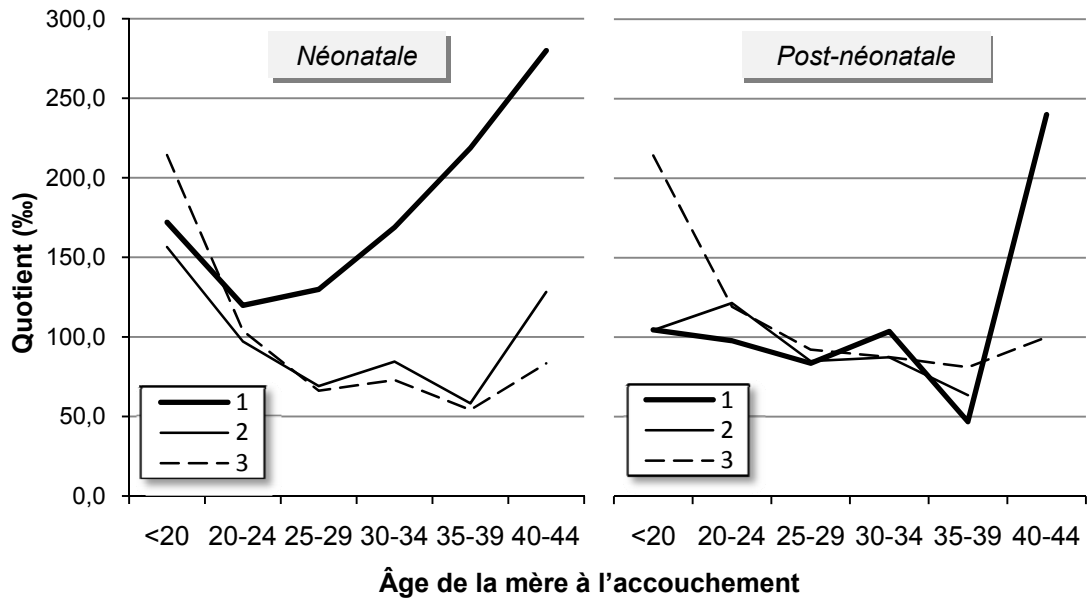
²¹ Ceci indique éventuellement un effet de sélection. Une femme qui n'a pas encore d'enfants à 30 ans au Québec ancien n'est peut-être pas en santé. Il se peut même qu'elle ait eu auparavant plusieurs fausses couches et ce qui expliquerait l'augmentation du risque.

FIGURE 4.8 Quotients de mortalité infantile pour les rangs de naissance 1, 2 et 3 selon l'âge de la mère à l'accouchement



Note : $n = 48\ 615$ naissances.

FIGURE 4.9 Quotients de mortalité néonatale et post-néonatale pour les rangs de naissance 1, 2 et 3 selon l'âge de la mère à l'accouchement



Note : $n = 48\ 615$ naissances.

les plus favorables pour mettre au monde des enfants en santé. De surcroît, ces divergences persistent lorsque les risques de mortalité infantile sont désagrégés en leurs composantes (Figure 4.9). La mortalité néonatale du premier rang ne connaît qu'un minimum pour les mères âgées de 20-24 ans (119,8‰) alors que les risques néonataux (décroissants) sont deux à quatre fois moindres pour les deux rangs suivants, dès que la mère atteint 25 ans. Ces résultats affichent clairement l'effet endogène de l'âge maternel sur la survie des premiers nourrissons d'autant plus que les premières naissances sont plus importantes pour les jeunes mères²². En revanche, aucune relation claire n'est visible dans le cas de la mortalité post-néonatale et cela soutient les observations de Knodel²³.

1.2.2. Rang de naissance et sexe de l'enfant

Au chapitre précédent, nous avons démontré qu'une surmortalité masculine était effective au cours de la période observée et était en moyenne de l'ordre de 5 à 15%. Cet excédent de décès masculins subsiste-t-il pour tous les rangs de naissance, pour la période néonatale et post-néonatale?

D'après le Tableau 4.3, quels que soient la composante et le rang considérés, les petites filles disposent toujours de meilleures probabilités de survie que leurs homologues de sexe opposé. Les minimums de risques s'observent pour les rangs 3 et 4 et correspondent aux catégories d'âge au cours desquelles la mère est le moins à risque de perdre ses enfants (Figure 4.2 : 20-24, 25-29 ans). La courbe en forme de «J allongé» reste valable pour les deux sexes et pour les deux composantes. Lynch et Greenhouse (1994) avaient obtenu des résultats similaires aux nôtres mais ne s'étaient pas engagés dans le découpage temporel ou causal du phénomène²⁴.

La surmortalité masculine demeure régulière en importance d'un rang à l'autre. Par exemple, au cours de la période néonatale, elle est de $\pm 22\%$ pour les rangs 6 et suivants. Ce schéma est visible avec des écarts plus réduits pour la période post-néonatale ($\pm 9\%$).

²² 9,9% des premières naissances se sont produites quand la mère avait moins de 20 ans, 51,9% pour le groupe d'âge quinquennal suivant. Ces proportions chutent à 2,1 et 41,2% pour le rang 2.

²³ KNODEL (1984), *op.cit.*, p. 1101-1102. Knodel, dans les XVIIIe et XIXe siècles allemands, ne trouve aucune concordance entre mortalité post-néonatale, âge de la mère et rang de naissance. Cependant, les risques de mortalité néonatale croissent pour les trois premiers rangs dès que la mère a 20-24 ans, ce qui n'est pas notre cas.

²⁴ LYNCH et GREENHOUSE (1994), *op. cit.*, p.121.

TABLEAU 4.3 Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile d'un enfant en fonction du rang de naissance et du sexe de l'enfant

Rang	Mortalité néonatale		Mortalité post-néonatale		Mortalité infantile	
	Sexe féminin	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexe masculin
2-3	61,0	78,5	87,8	111,6	148,8	190,0
4-5	63,3	72,8	88,3	101,5	151,6	174,2
6-7	76,1	91,8	101,4	116,0	177,5	207,7
8-9	93,6	115,5	119,5	119,7	213,0	235,3
10-12	112,5	133,8	142,8	160,5	255,3	294,4
13+	165,0	203,7	197,3	202,9	362,3	406,6
Tous rangs	82,7	100,5	109,5	123,6	192,3	224,1

Note : $n = 47\ 978$ naissances; 421 enfants de sexe inconnu exclus.

Toujours est-il que la fragilité constitutionnelle des petits garçons se traduit par une surmortalité masculine néonatale et post-néonatale moyenne près de 30% pour les rangs 2 et 3.

1.2.3. Rang de naissance et taille de la famille

Quoi de plus intimement lié que le rang de naissance et la taille de la famille? Si les premiers rangs se retrouvent dans toutes les familles, les parités élevées n'existent seulement que dans les familles de descendance importante. Ces deux facteurs sont probablement ceux qui font intervenir le plus d'éléments confondants susceptibles de voiler leurs effets intrinsèques sur la vie des tout-petits. Nous avons réalisé trois séries représentatives de la mortalité néonatale, post-néonatale et infantile et chaque série contient trois graphiques comportant les risques de décéder (ordonnée) selon le rang de naissance (abscisse) pour les familles de taille 2, 3 et 4, puis 5, 6 et 7 et enfin 8, 9 et 10 ou plus²⁵.

Aucune relation n'est observable pour les familles de taille 7 et moins. Toutefois, les risques de mortalité post-néonatale et infantile s'illustrent de nouveau par la forme en «J allongé» pour les familles de taille 8, 9 et 10+ (minimum des risques pour les rangs 3-5). Les risques de mortalité néonatale demeurent stables autour de 100‰ pour tous les rangs

²⁵ Pour ne pas alourdir le texte, ces graphiques ne sont pas présentés.

et les familles de taille 8 et 9 enfants. Ces risques suivent la même tendance jusqu'au rang 5 pour les familles de 10 enfants et plus et ne cessent de croître au-delà.

Conséquemment, ces résultats suggèrent que les fratries de grande dimension font intervenir les facteurs confondants déjà cités. La mortalité post-néonatale croît dans les grandes familles à mesure que le rang de naissance augmente et met en lumière le rôle des causes exogènes. Nommons entre autres l'attention et les soins parentaux d'autant plus sollicités par des enfants proches en âge dans une grande famille. Une aggravation des charges provoquerait une négligence involontaire de la part des parents, en l'occurrence de la mère, qui se doit de s'occuper des aînés et de son dernier né. Évoquons aussi l'aspect nutritionnel et infectieux : la littérature nous a renseigné sur le syndrome de déplétion des mères ayant eu trop de grossesses successives à intervalle réduits. Leur épuisement engendre un lait maternel de piètre qualité qui se répercute sur la nutrition, la santé physique et immunitaire du nourrisson. Dès lors que l'allaitement est médiocre ou interrompu pour cause de nouvelle grossesse, le petit devient davantage vulnérable aux virus infectieux dont sont peut-être porteurs ses aînés. L'effet de contagion entre les membres d'une fratrie rapprochée constitue ainsi une autre explication de la mortalité exogène dans les grandes familles.

1.2.4. Rang de naissance et destin de l'enfant précédent

A plusieurs reprises, nous avons démontré que les risques de décéder avant l'âge d'un mois, d'un à onze mois ou avant le premier anniversaire diffèrent selon le rang de naissance d'un enfant. Comment ces risques réagissent-ils lorsqu'on fait intervenir le destin de l'aîné direct de chaque enfant? D'abord, quelle que soit la désagrégation réalisée (Tableau 4.4), les risques croissent de façon curvilinéaire avec le rang de naissance et doublent entre le rang 2 et les rangs 13+ (164,3 et 242,4‰ contre 344,0 et 461,8‰). Par contre, lorsque l'aîné a survécu au-delà de son premier anniversaire, les quotients de mortalité post-néonatale de son cadet prévalent (pour tous rangs) sur ceux de mortalité néonatale. Cette prédominance est en moyenne de 30%. L'explication plausible est que la survie de l'aîné allonge l'intervalle intergénéral et amenuise ainsi les risques de complications endogènes relatives à la grossesse du cadet (prématurité, hypotrophie). À l'inverse, lorsque l'aîné est décédé avant l'âge d'un an, les risques de mortalité néonatale sont de 10% inférieurs à ceux qui prévalent pour la mortalité post-néonatale.

TABLEAU 4.4 Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile d'un enfant en fonction du rang de naissance et destin de son aîné direct

Rang	Mortalité néonatale		Mortalité post-néonatale		Mortalité infantile	
	<i>Aîné a survécu</i>	<i>Aîné décédé</i>	<i>Aîné a survécu</i>	<i>Aîné décédé</i>	<i>Aîné a survécu</i>	<i>Aîné décédé</i>
2	64,2	135,2	100,1	107,2	164,3	242,4
3	67,0	110,1	95,7	115,2	162,7	225,3
4	64,8	113,4	81,5	127,3	146,3	240,7
5	69,3	98,7	95,5	114,1	164,8	212,8
6	71,9	142,7	98,8	149,1	170,7	291,8
7	89,2	138,8	102,8	137,5	192,0	276,3
8	86,2	187,9	105,6	151,9	191,9	339,8
9	105,9	182,6	114,5	174,4	220,4	356,9
10	93,1	190,1	135,8	178,7	228,9	368,8
11	112,3	203,6	130,2	174,1	242,5	377,7
12	137,0	192,7	156,5	190,6	293,5	383,3
13+	161,5	246,7	182,5	215,1	344,0	461,8
Tous rangs	83,6	158,3	107,3	148,8	190,9	307,1

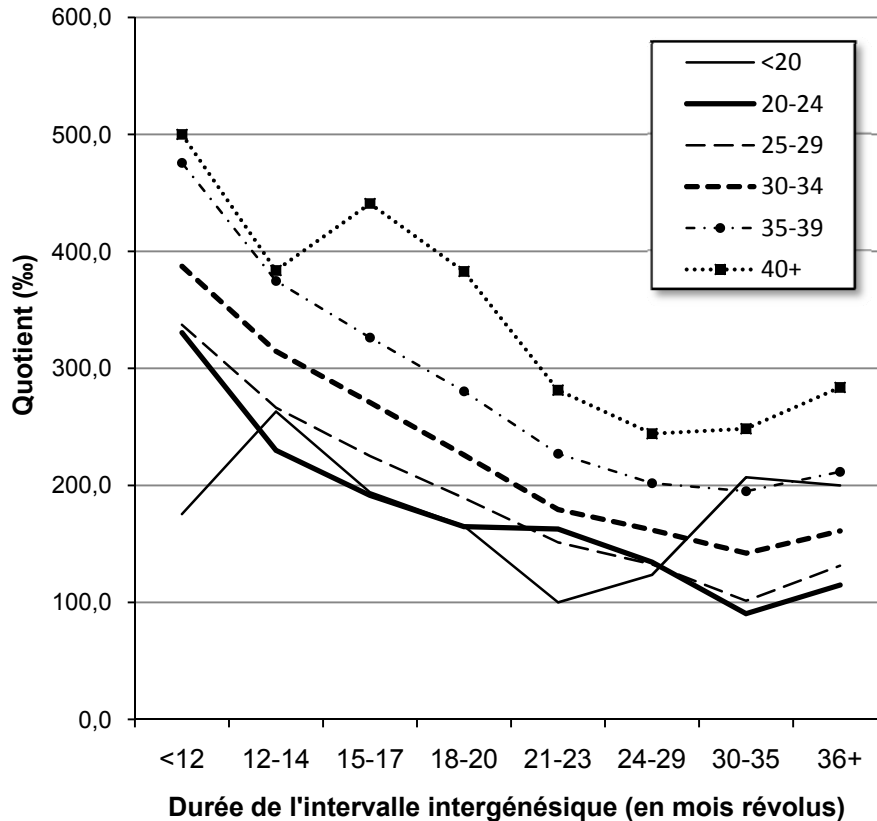
Note : $n = 44\ 712$ naissances.

Ensuite, un rapport de proportion a été effectué pour chaque composante selon le destin de l'aîné. Quand l'aîné est trépassé, la mortalité néonatale est en moyenne 1,9 fois plus importante et la mortalité post-néonatale 0,7 fois moindre comparativement à lorsqu'il a survécu. Ceci corrobore nos explications précédentes auxquelles nous pourrions ajouter que le décès prématuré de l'aîné constitue un facteur de compétitions nutritionnelles écarté pour l'enfant suivant.

1.2.5. Intervalle intergénérisique et âge de la mère à l'accouchement

Nous avons vu dans la section 1.2.4.4 de ce chapitre, à l'instar d'autres populations anciennes ne réalisant aucun contrôle des naissances, que les intervalles intergénérisiques de moins de 14 mois sont pernicieux pour un enfant. Ce constat est encore plus efficient à mesure que la mère progresse dans sa vie reproductive. En effet, le risque de décéder avant un an d'un enfant est d'environ 200 à 300‰ pour une mère âgée de 20-24 ans pour un intervalle de 14 mois et moins et franchit le cap de 370‰, dès lors que la mère à plus de 35 ans (Figure 4.10). La prévalence d'enfants prématurés est excessive dans les inter-

FIGURE 4.10 Quotients de mortalité infantile selon la durée de l'intervalle intergénérisque et l'âge de la mère à l'accouchement



Note : $n = 42\ 814$ intervalles; Derniers intervalles exclus.

valles courts²⁶. Pour tous les groupes d'âges, plus la durée de l'intervalle est long, plus grandes sont les probabilités de survie des tout-petits. Par contre, des intervalles de 36 mois et plus paraissent néfastes, à ceci près qu'ils peuvent être le signe qu'une mère n'est pas forcément féconde ni en santé. L'enfant ressentirait alors ces caractéristiques. Toujours est-il qu'il faut s'interroger sur la distribution des intervalles selon l'âge de la mère (Tableau 4.5).

En effet, la distribution n'est pas homogène d'un groupe à l'autre. 50,1% des intervalles sont de 17 mois ou moins lorsque la mère est adolescente (<20 ans). A l'extrême, 54,3% sont de 24 mois ou plus après 40 ans. La répartition des intervalles constitue une réponse à la fécondabilité de la mère en fonction de son âge. En fin de vie reproductive, l'effet de l'âge maternel transparaît par une recouvrance physiologique

²⁶ La prématurité se traduit par une croissance intra-utérine inachevée, cause endogène de décès précoce. WINIKOFF (1983), *op. cit.*, p. 240; WOODBURY (1925), *op. cit.*, p. 63 et 200.

insuffisante, par une baisse naturelle de la fécondabilité qui s'exprime par des intervalles intergénésiques plus longs²⁷.

TABLEAU 4.5 Distribution des intervalles intergénésiques selon leur durée et l'âge de la mère à l'accouchement

Durée de l'intervalle intergénésique (en mois révolus)	Âge de la mère à l'accouchement					
	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40+
<12	8,3	5,1	2,9	2,7	2,1	1,2
12-14	22,0	16,5	12,8	10,7	10,0	7,3
15-17	19,9	18,4	15,1	13,9	11,5	9,9
18-20	16,4	17,7	18,2	15,8	13,7	11,9
21-23	16,4	17,1	18,3	18,6	17,1	15,4
24-29	12,3	17,9	22,1	24,4	25,8	25,4
30-35	4,1	4,8	6,5	8,2	11,2	13,8
36+	0,7	2,6	4,0	5,7	8,5	15,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : $n = 46\ 684$ intervalles, Derniers intervalles exclus.

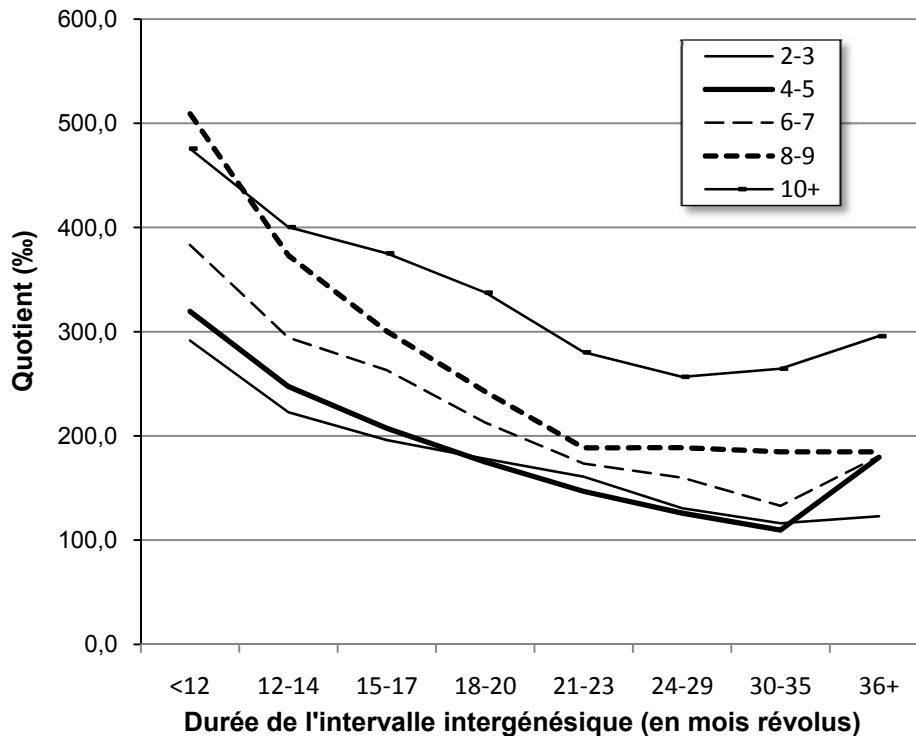
1.2.6. Intervalle intergénésique, rang de naissance et taille de la famille

Lynch et Greenhouse (1994) ont perçu, pour la Suède du XIXe siècle, une distinction du niveau des risques de mortalité infantile entre la durée moyenne des intervalles intergénésiques et le rang de naissance d'un enfant²⁸. Les auteurs ne constataient qu'une relation de risques croissants en même temps que le rang pour les intervalles courts. Le parallèle est vrai de notre côté mais s'étend pour tous les intervalles et rangs de naissance (Figure 4.11). Même si les écarts de risques sont plus conséquents pour des intervalles inférieurs à 21 mois, les probabilités de décéder s'amointrissent dès lors que l'intervalle s'allonge, tout du moins pour les rangs 7 et moins. Les enfants de rang 10 et plus semblent toutefois se distinguer et conserver des risques élevés de mourir. Sans contredit, ces enfants sont issus de mères proches de la fin de leur vie reproductive. Le rapprochement entre l'âge maternel avancé et le rang de naissance devient vite convaincant. Par ailleurs, lorsqu'un enfant est de rang élevé, cela signifie que la taille de la

²⁷ Après un minimum pour des intervalles de 36 à 47 mois, Jane Miller observe une proportion de prématurés (36 semaines et moins) et au poids inférieur à 2 500 g plus importante pour les intervalles très long. Cela ne signifie pas pour autant que tout intervalle très long aboutit nécessairement à des cas de prématurité et d'enfants avec une croissance inachevée. MILLER (1991), *op. cit.*, p. 64.

²⁸ LYNCH et GREENHOUSE (1994), *op. cit.*, p. 122-124.

FIGURE 4.11 Quotients de mortalité infantile selon la durée de l'intervalle intergénéral et le rang de naissance de l'enfant



Note : $n = 42\ 814$ intervalles; Derniers intervalles exclus.

famille l'est tout autant. L'atteinte de parité élevée ou très élevée peut se réaliser par un mariage précoce ou bien avec des intervalles intergénéral réduits. A ce niveau, il faut s'interroger sur la durée moyenne des intervalles selon le rang à travers le contrôle de la taille de la famille (Tableau 4.6).

La durée moyenne des intervalles entre naissances varie peu d'un rang à l'autre, excepté entre les rangs 2 et 3 (toutes les familles). Néanmoins, toutes les familles participent aux faibles rangs tandis que seules les familles de grande dimension finale contribuent aux rangs élevés. En n'observant que les rangs 7 et moins pour les familles ayant eu au maximum 7 enfants dans un premier temps, puis 8 enfants et plus dans un second temps, on se rend aisément compte que l'écart des durées moyennes des intervalles croît à chaque rang supplémentaire, passant de 4 à près de 8 mois²⁹. En revanche, les durées moyennes s'allongent de moins en moins d'un rang à l'autre pour les

²⁹ Nous avons suivi l'idée de Jean Ganiage (1963), *op. cit.*, p. 94-95.

TABEAU 4.6 Durée moyenne des intervalles intergénésiques selon le rang de naissance et la taille de la famille

	Rang de naissance de l'enfant								
	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
Durée moyenne de l'intervalle intergénésique (en mois révolus)	<i>Toutes les familles¹</i>								
	22,3								
	20,2	21,8	22,4	23,1	23,2	23,2	23,2	23,1	21,7
	2	3	4	5	6	7			
Durée moyenne de l'intervalle intergénésique (en mois révolus)	<i>Famille de 7 enfants et moins²</i>								
	25,1								
	23,0	24,6	25,8	27,6	28,0	30,9 ⁴			
Durée moyenne de l'intervalle intergénésique (en mois révolus)	<i>Famille de 8 enfants et plus³</i>								
	21,7								
	19,2	21,0	21,6	22,3	22,7	23,2			

Notes: ¹ $n = 46\ 684$ intervalles, 6 271 derniers intervalles et intervalles de moins de 7 mois exclus;

² $n = 5\ 366$ intervalles;

³ $n = 26\ 592$ intervalles.

⁴ Dans une famille de 7 enfants, le 7^{ème} enfant engendre le dernier intervalle intergénésique. Bien que le dernier intervalle intergénésique soit exclu dans les autres résultats, nous l'inscrivons ici à titre indicatif.

grandes familles. Ce constat suggère qu'une sélection s'effectuerait au sein des familles canadiennes. Les mères ayant une descendance finale importante doivent être en moyenne plus jeunes à chaque rang de naissance que celles ayant eu des petites familles³⁰. Ce serait pourquoi elles pourraient davantage expérimenter des intervalles réduits que les autres. L'inverse est tout aussi plausible si les mères qui ont des intervalles réduits sont celles qui ont aussi une plus grande propension à perdre leurs enfants. Dans ce cas-ci, interviennent à divers degrés les aspects culturels et génétiques, l'allaitement interrompu par le décès du nourrisson ou le sevrage précoce, la durée de conception et de grossesse. La distinction des décès endogènes ou exogènes serait nécessaire à ce niveau de l'analyse pour extraire la part et l'importance des risques que chacun de ces facteurs engendrent sur les tout-petits. Pour certaines subdivisions, les effectifs restreints préjudicent toute conclusion que les résultats pourraient susciter.

³⁰ KNODEL (1984), *op.cit.*, p. 1104-105.

1.2.7. Intervalle intergénérisique, taille de la famille et destin de l'enfant précédent

Nous avons vu que la durée moyenne d'un intervalle varie en fonction de l'âge de la mère et du rang de naissance. Nous savons, de par la littérature scientifique et l'expérience du tableau précédent, que la taille de la famille constitue aussi une variable différentielle de durée. Sachant que la vie reproductive d'une femme est d'environ 25 à 30 ans, l'atteinte de parités élevées introduit inéluctablement le destin de sa progéniture exprimée en intervalles «normaux» ou «après décès» d'un enfant. Dès lors, ces deux types d'intervalles devraient être d'autant plus courts que la famille est grande. Le Tableau 4.7 conforte notre hypothèse. Les durées de conceptions sont ainsi plus rapides dans les grandes familles quelque soit le destin de l'enfant précédent³¹. On s'attend alors à ce que les risques de trépasser d'un enfant soient plus accrus lorsqu'il appartient à une grande famille et que son aîné direct est décédé (inhibition de la fécondabilité par l'allaitement ôtée par le décès).

TABEAU 4.7 Durée moyenne des intervalles intergénérisiques selon le destin de l'enfant précédent et la taille de la famille

Taille de la famille	Destin de l'enfant précédent		
	<i>A survécu</i>	<i>Est décédé</i>	<i>Tous destins</i>
2-3	26,2	20,4	24,7
4-5	26,8	19,2	25,3
6-7	26,2	19,2	25,0
8-9	25,5	18,8	24,4
10+	22,7	17,0	21,4
Total	23,6	17,5	22,3

Notes: $n = 42\ 947$ intervalles, Derniers intervalles, intervalles de moins de 7 mois et enfants au destin inconnu exclus.

Avant de combiner les variables «durée d'intervalle, destin de l'enfant précédent et taille de la famille» contrôlés, procédons en premier à l'analyse des quotients de mortalité infantile obtenus par le croisement des deux premières (Tableau 4.8). En accord avec le tableau précédent – tous les intervalles sont plus courts lorsque l'aîné est décédé – une forte relation s'exprime entre l'intervalle et le destin de l'enfant précédent. Le décès de ce dernier accroît en conséquence les risques de trépasser de son cadet et est surtout visible pour les longs intervalles. Quel que soit le destin de l'aîné, les risques sont identiques pour

³¹ D'identiques conclusions ont été trouvées dans de précédentes études : CHARBONNEAU (1970), *op. cit.*, p. 155-158; FEDRICK et ADELSTEIN (1973), *op. cit.*, p. 754; GANIAGE (1988), *op. cit.* p. 193-194.

les intervalles très courts. Sans doute, les plus fortes probabilités de prématurité impliquées dans ces types d'intervalles justifient ce résultat. Quand l'aîné a survécu, les risques sont moindres à mesure que l'intervalle croît, cependant il n'existe aucune dépendance lorsque l'aîné est décédé³². Il est fort probable que l'introduction de la taille de la famille en plus de ces deux facteurs ne modifie en rien cette issue.

TABLEAU 4.8 Risques de décéder selon la durée de l'intervalle intergénéral et le destin de l'enfant précédent

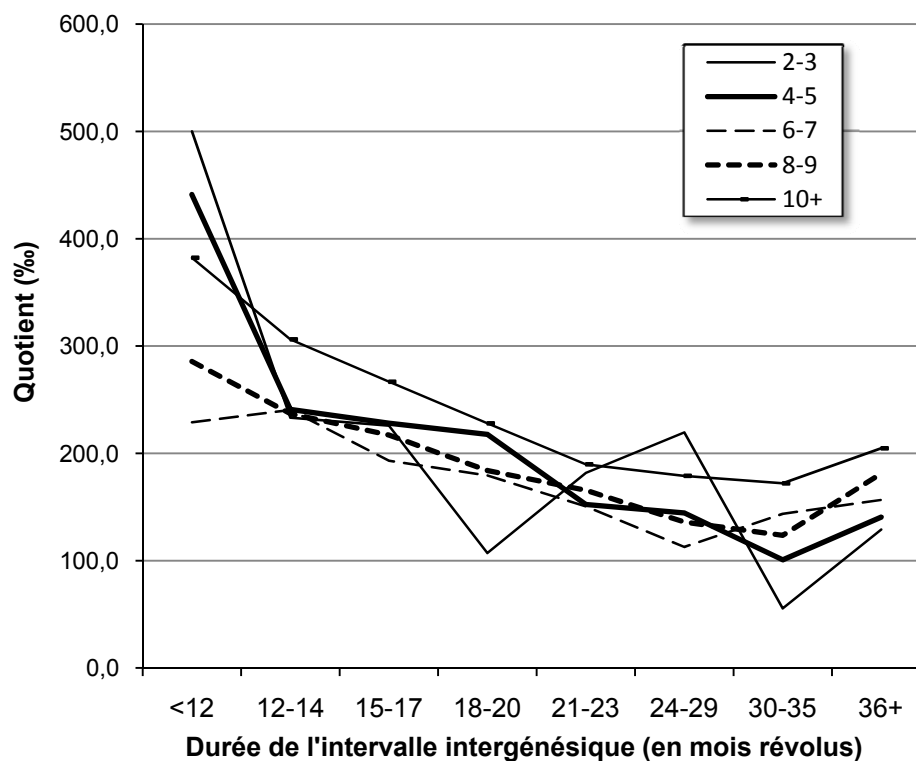
Durée de l'intervalle intergénéral (en mois révolus)	Destin de l'enfant précédent		
	<i>A survécu</i>	<i>Est décédé</i>	<i>Tous destins</i>
<12	377,0	375,3	375,7
12-14	272,0	313,9	295,3
15-17	243,3	285,6	257,2
18-20	209,2	268,8	219,8
21-23	170,3	292,4	182,1
24-29	156,3	257,6	163,9
30-35	144,0	299,2	156,3
36+	169,3	359,3	189,0
Total	188,3	302,2	212,3

Notes: $n = 39\ 634$ intervalles, Derniers intervalles, intervalles de moins de 7 mois et enfants au destin inconnu exclus.

En seconde analyse, voyons les liens unissant la taille de la famille et la durée des intervalles intergénéral (Figure 4.12). Au même titre que toutes les autres variables étudiées jusqu'ici, les intervalles de moins de 12 mois demeurent toujours plus délétères pour la santé des nourrissons que tout autre intervalle pour toutes les grandeurs de famille. Les risques diminuent à mesure que l'intervalle croit, excepté pour les intervalles très longs (36+ mois) qui inversent la tendance. Il s'agit probablement de l'effet de l'âge maternel qui se reflète dans ce résultat. À la réserve des familles de taille 2-3 et 4-5 enfants sujettes à des effectifs réduits, pour une durée d'intervalle donnée, les risques de décéder d'un enfant augmentent en même temps que la taille de sa fratrie.

³² KNODEL (1984), *op. cit.* p. 1100-1102; PEBLEY et al. (1991), *op. cit.*, p. 450-451. Ces auteurs ont observé une tendance similaire pour la Suède et l'Allemagne.

FIGURE 4.12 Quotients de mortalité infantile selon la durée de l'intervalle intergénéral et le taille de la famille



Note : $n = 42\ 814$ intervalles; Derniers intervalles exclus.

Enfin, le Tableau 4.9 exprime les différents risques obtenus en combinant les trois variables examinées dans cette section³³. De prime abord, les familles de grande taille sont celles qui expérimentent les risques de décéder les plus forts pour tous les destins et toutes les durées d'intervalles. Il s'agit d'un corollaire immédiat aux réflexions faites précédemment. Une lecture horizontale des résultats démontre que les risques augmentent en fonction de la taille de la famille pour chaque catégorie d'intervalles, que l'aîné ait survécu ou pas. La dimension familiale entre alors en jeu.

Tel que présumé plus haut, pour une famille de taille donnée, les probabilités de survie d'un enfant s'accroissent avec la longueur de l'intervalle quand son prédécesseur a survécu mais aucune association n'est perceptible quand il est trépassé. Le décès prématuré de l'aîné introduit plusieurs effets confondants dont nous avons déjà touché

³³ Afin d'éviter des effectifs réduits, nous avons choisi de regrouper les familles de 9 enfants et moins en une seule catégorie. Les mères ayant eu moins de 10 enfants constituent ainsi 47,5% des familles et forment un équilibre plus juste avec celles de 10 enfants et plus, même si les effectifs d'enfants relatifs sont plus importants dans la seconde que dans la première catégorie.

TABEAU 4.9 Risques de décéder selon la durée de l'intervalle intergénésiq, le destin de l'enfant précédent et la taille de la famille

Durée de l'intervalle intergénésiq (en mois révolus)	Destin de l'enfant précédent	Taille de la famille	
		2-9	10+
<12	<i>Survécu</i>	338,0	390,6
	<i>Décédé</i>	294,7	396,8
	<i>Total</i>	306,5	395,2
12-14	<i>Survécu</i>	241,8	282,4
	<i>Décédé</i>	240,5	331,9
	<i>Total</i>	241,1	310,3
15-17	<i>Survécu</i>	206,0	261,0
	<i>Décédé</i>	244,4	301,4
	<i>Total</i>	219,5	274,6
18-20	<i>Survécu</i>	180,1	222,2
	<i>Décédé</i>	227,6	289,7
	<i>Total</i>	188,9	235,1
21-23	<i>Survécu</i>	159,4	181,0
	<i>Décédé</i>	253,3	316,7
	<i>Total</i>	169,7	195,0
24-29	<i>Survécu</i>	130,7	170,8
	<i>Décédé</i>	197,8	320,8
	<i>Total</i>	136,3	184,4
30-35	<i>Survécu</i>	117,8	172,6
	<i>Décédé</i>	274,2	354,8
	<i>Total</i>	129,9	191,6
36+	<i>Survécu</i>	165,0	197,9
	<i>Décédé</i>	307,7	398,4
	<i>Total</i>	181,7	226,7

Note : $n = 44\ 643$ intervalles; 8 312 derniers intervalles, intervalles de moins de 7 mois exclus et enfants au destin inconnu.

mot. D'abord, l'âge au décès de l'aîné peut se produire n'importe quand entre 0 et 1 an, ce qui n'est pas négligeable, puisque plus l'âge au décès de l'aîné croît, plus long sera l'intervalle intergénésiq. L'interruption de l'allaitement maternel réduit l'aménorrhée post-partum et précipite la prochaine conception. Or, pour un âge fixe au décès de l'aîné (-1 mois ou 6 mois par exemple), cette dernière peut être aussi bien immédiate que plus tardive. En d'autres mots, un décès endogène/exogène de l'aîné n'implique pas forcément une nouvelle conception rapide. Outre cela, un intervalle intergénésiq et une durée de

conception définis³⁴, qui plus est courts, n'engendrent pas fatalement de naissances avant terme, même si nous savons que la prévalence des prématurés est plus forte dans les intervalles réduits.

De même, un intervalle intergénérisique et une durée de conception longs ne conduisent pas obligatoirement à une grossesse à terme. En prime, la santé de la mère, son âge, le degré de son épuisement physiologique, sa probabilité de concevoir, sa capacité à mettre des enfants au monde en santé et son aptitude à en prendre soin composent autant de nouveaux paramètres qui influent sur les durées d'intervalles et la nature de la naissance (prématurée ou à terme) et sur les risques de décès infantile subséquent.

1.2.8. Intervalle intergénérisique moyen, taille et la famille et proportion d'enfants décédés

Nous savons désormais que la durée moyenne d'un intervalle varie en fonction de l'âge de la mère et du rang de naissance. Puisque la taille de la famille constitue aussi une variable différentielle de durée, qu'en est-il lorsqu'est ajoutée la proportion d'enfants perdus avant l'âge d'un an? La probabilité de survie d'un enfant n'est pas indépendante de celle de ces aînés. Les enfants d'une même fratrie partagent des caractéristiques communes telles que l'environnement, les conditions de vie, les soins et l'attention parentale, les façons d'être nourris ou le bagage génétique qui confèrent une composante familiale de la mortalité infantile.

L'introduction de la proportion d'enfants perdus avant l'âge d'un an pourrait être problématique dans notre cas. Pour atteindre des parités élevées et compte tenu des limites de la nature – la durée de la vie reproductive – une mère doit mettre au monde des enfants dans de courts intervalles, s'exposant ainsi davantage au risque de les perdre en bas âge. En effet, nous venons de constater que l'accroissement d'une fratrie engendre une réduction de la durée moyenne des intervalles intergénérisiques. Un souci prépondérant exige cependant prudence pour les prochains résultats. Nous disposons de la proportion d'enfants perdus – rapport du nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an

³⁴ Jane Miller (1991) a réalisé un article qui explore les effets confondants enclos dans l'intervalle intergénérisique. Grâce à des données adéquates, l'auteure peut inclure la durée de conception et de grossesse, l'âge, le statut matrimonial et l'éducation de la mère, la qualité des soins maternels, l'incidence sur la mortinatalité, la mortalité néonatale et le poids de l'enfant à la naissance dans ses analyses.

sur le nombre total d'enfants nés dans la famille – seulement pour une descendance finale complète. En d'autres termes, nous ne connaissons pas la proportion d'aînés décédés pour chaque enfant né alors que sa fratrie n'est pas intégralement constituée. Les résultats suivants ne peuvent distinguer les enfants selon leur rang et présentent les risques de décéder d'un point de vue familial plutôt qu'individuel.

TABLEAU 4.10 Durée moyenne de l'intervalle intergénéral selon la proportion d'enfants perdus avant l'âge d'un an par la mère et la taille de la famille

Proportion d'enfants perdus avant 1 an (%)	Taille de la famille			Total
	2-5	6-9	10+	
0	26,3	25,2	22,2	23,3
1-9			20,6	20,6
10-19		23,6	21,0	21,8
20-29	22,5	23,2	20,2	21,0
30+	19,9	21,3	19,8	20,0
Total	25,3	24,6	21,4	22,3

Note : $n = 46\ 684$ intervalles. Derniers intervalles exclus.

Le Tableau 4.10 nous informe des durées moyennes des intervalles intergénéral – le dernier intervalle est exclu – selon la proportion d'enfants perdus avant l'âge d'un an par la mère et la dimension finale de la fratrie. Au préalable, il appert manifestement que plus la fratrie est importante, plus la mère expérimente diverses proportions d'enfants perdus, ce qui est somme toute logique. Sous une lecture horizontale, les mères n'ayant éprouvé aucune perte d'enfants connaissent une réduction de la durée moyenne des intervalles intergénéral parallèlement à l'importance croissante de leur descendance. L'écart est plus important entre les deux dernières catégories de familles qu'entre les deux premières (3 contre 1,1 mois). Il est probable que ce résultat suggère une sélection maternelle, en ce sens où, en l'absence de décès infantiles, les mères atteignant une descendance finale de 10 enfants et plus soient aussi celle qui possèdent des probabilités de concevoir plus importantes que les autres mères. Celles-ci peuvent aussi avoir des habitudes spécifiques en termes d'allaitement et exercer un sevrage prématuré qui n'aboutit jamais au décès de l'enfant, mais contribuent à la réduction de l'aménorrhée post-partum et de la durée de conception.

Les écarts de durées d'intervalles selon la taille de la fratrie sont moindres dès que les mères subissent la perte d'un ou plusieurs enfants. Il est certain que pour des petites familles, plus les intervalles après décès sont nombreux, plus la durée moyenne de tous

les intervalles va chuter (lecture verticale). Une autre explication tiendrait de l'effet implicite de l'âge de la mère au mariage et à l'accouchement. Un mariage tardif retarde l'entrée de la mère dans sa vie reproductive, amoindrit la descendance finale physiologiquement possible, accroît les risques de décès infantiles en fonction de l'âge maternel avancé (Figures 4.2 et 4.11) et réduit les intervalles subséquents. C'est pourquoi les mères de 10 enfants et plus sont nécessairement celles ayant débuté leur vie reproductive tôt. À moins de perdre plus de 30% de leur progéniture, la durée moyenne des intervalles intergénésiqes diminue peu.

En ce qui concerne la mortalité, le Tableau 4.11 expose en deux parties, les risques de décéder d'un enfant en fonction de la durée de l'intervalle intergénésiqes qui le précède, la taille de sa fratrie et la proportion d'enfants perdus par sa mère. D'un côté, pour toutes les proportions d'enfants perdus dans une fratrie, la longueur croissante de l'intervalle réduit d'environ 30 à 60% les risques de décéder d'un enfant pour les cas extrêmes (0 ou +30%

TABLEAU 4.11 Risques de décéder selon la durée de l'intervalle intergénésiqes, la taille la famille et la proportion d'enfants perdus avant l'âge d'un an par la mère

Durée de l'intervalle intergénésiqes (en mois révolus) ¹	Proportion d'enfants perdus avant 1 an (%)				
	0	1-9	10-19	20-29	30+
<12	267,7	290,6	401,7	424,2	679,6
12-14	225,8	271,4	298,5	394,4	507,1
15-17	195,0	262,5	289,0	380,0	480,9
18-20	169,5	231,2	279,4	358,4	485,7
21-23	146,4	208,9	207,5	320,2	470,2
24-29	129,7	203,7	191,8	292,2	394,7
30-35	106,6	187,6	197,8	318,0	366,3
36+	139,1	236,9	210,1	300,0	458,3
Total	155,9	233,9	249,5	349,8	480,4
Taille de la famille ²	Proportion d'enfants perdus avant 1 an (%)				
	0	1-9	10-19	20-29	30+
2-5	163,8			220,2	265,2
6-9	140,8		193,5	263,0	394,4
10+	163,2	233,8	277,6	379,9	507,0
Total	156,6	233,8	249,1	338,6	461,5

Note : 1. $n = 42\ 814$ intervalles.
2. $n = 48\ 399$ intervalles.

d'enfants perdus). D'un autre côté, pour une même durée d'intervalle, les risques sont multipliés par 2 à 3,5 pour des proportions croissantes d'enfants perdus. Néanmoins, la distribution des familles n'est pas homogène selon ces deux critères.

Le second volet de ce tableau confirme une nouvelle fois que la confrontation bivariée ne suffit pas à la compréhension des liens entre la mortalité des enfants et la reproduction. Aucune association n'est pertinente entre la taille de la famille et les mères n'ayant éprouvé aucun décès infantile. On se serait attendu à ce que les risques soit un peu plus importants pour les grandes fratries, compte tenu d'une moindre durée moyenne des intervalles qui leur est associé. Nonobstant, la proportion d'enfants perdus augmente les risques de décéder à mesure que la taille de la fratrie croît, surtout pour les familles nombreuses. Dès lors, s'installe un cycle de cause à effet entre toutes les variables étudiées jusqu'ici qui travestit les résultats.

1.3. Analyse multivariée

Les analyses descriptives que nous avons réalisées ont témoigné de la complexité des mécanismes interagissant entre la mortalité des enfants et la reproduction. Pourtant, il ne s'agissait que de confronter individuellement, deux à deux avec ou sans contrôle ces facteurs déterminants. Cependant, à chaque confrontation, l'interprétation des résultats n'avait de sens qu'en mentionnant les effets implicites d'une ou plusieurs autres variables. Il devient alors indispensable de poursuivre l'analyse du risque de décéder avant l'âge d'un an dans un modèle multivarié qui admet davantage de relations causales. Puisque certains facteurs se sont illustrés par un effet plus probant dans la période néonatale, l'analyse multivariée s'est aussi portée sur les décès survenus durant le premier mois de vie. Les risques de décéder d'un enfant ont été estimés par une régression logistique binaire.

Les facteurs déterminants sélectionnés pour chaque enfant sont son sexe, sa cohorte de naissance, l'âge de sa mère à l'accouchement, son rang de naissance, la durée de l'intervalle intergénéral avec son aîné direct et le destin de celui-ci. La taille de la famille et la proportion d'enfants perdus par sa mère ont été écartés de l'analyse, de même que la période 1621-1680 qui comporte un plus grand sous-enregistrement des décès. La connaissance des valeurs de ces deux variables implique que la descendance finale de la mère soit complétée et ne peut s'appliquer lorsque la variable dépendante est l'un des

membres d'une fratrie. La description statistique de l'échantillon et des variables sur lesquelles se basent les analyses sont répertoriées dans le Tableau 4.12. Au total, 42 079 enfants ont été exposés au risque de décéder, 8 872 évènements avant l'âge d'un an et 3 861 avant l'âge d'un mois se sont produits.

1.3.1. Résultats

Les Tableaux 4.13 et 4.14 résument les rapports de cotes (*Odds ratios*) des cinq modèles «emboîtés» (dits «nested» en anglais) obtenus pour la mortalité infantile et la mortalité néonatale. Tous les modèles comportent deux variables contrôles, soit le sexe de l'enfant et sa cohorte de naissance. Les trois premiers modèles incluent deux variables individuelles relatives à la mère et à l'enfant, l'âge de celle-ci à l'accouchement et le rang de naissance. Attendu que ces facteurs risquent d'être corrélées, nous avons arbitrairement choisi de les présenter individuellement (Modèle 1 et 2) puis simultanément (Modèle 3) pour observer leurs effets indépendants et mutuels sur le risque de mourir avant un an ou un mois. Le Modèle 4 exclut les facteurs précédents mais comporte deux variables relatives à l'aîné de l'enfant. Il s'agit de la durée de l'intervalle intergénéral et le destin de la naissance précédente. Le Modèle 5 est composé des caractéristiques de l'enfant et de celles se référant à l'enfant précédent. Enfin, Le Modèle 6 constitue le modèle complet et comporte toutes les variables.

Les Modèles 1, 2 et 3 confirment les résultats du chapitre précédent en ce qui a trait à l'évolution de la mortalité infantile au fil des décennies (Figure 3.1). Un enfant né dans la période 1740-1759 avait une cote de décès³⁵ deux fois plus élevée que celle d'un enfant né lors de la période de référence (1680-1699). Aussi, les petits garçons ont 21% plus de risque de mourir que les petites filles (voir Figure 3.2). Quelque soit le modèle, les deux variables sont très significatives ($p < 0,001$).

L'âge de la mère et le rang de naissance suivent nos observations antérieures (Modèle 1 et 2). Les risques paraissent minimums pour les mères âgées de 25 à 29 ans (catégorie de référence; Modèle 1) et pour les rangs 4 et 5 (Modèle 2). Excepté pour les rangs 2-3,

³⁵ Pour ne pas alourdir le texte inutilement, nous utiliserons aussi le terme de «risque de décéder» qui n'est pas à confondre avec le «risque relatif». Néanmoins, les modèles présentent bien les «rapports de cotes de décès», qui expriment le risque de décéder avant un an (ou un mois) divisé par le complément de ce risque.

TABLEAU 4.12 Description statistique des échantillons et des variables

Variables indépendantes	Nombre de cas à risque	Nombre d'évènements infantiles	Nombre d'évènements néonatal
Sexe de l'enfant			
<i>Masculin</i>	21 060	4768	2105
<i>Féminin</i>	21 019	4104	1756
Période de naissance			
<i>1680-1699</i>	2018	271	161
<i>1700-1719</i>	6098	912	464
<i>1720-1739</i>	12320	2044	955
<i>1740-1759</i>	18757	4791	1931
<i>1760-1779</i>	2886	854	350
Âge de la mère à l'accouchement			
<i><20 ans</i>	578	107	36
<i>20-24</i>	6366	1104	430
<i>25-29</i>	10909	1966	829
<i>30-34</i>	11004	2281	1004
<i>35-39</i>	8958	2238	1009
<i>40+</i>	4264	1176	553
Rang de naissance de l'enfant			
<i>2-3</i>	9917	1734	701
<i>4-5</i>	9129	1479	606
<i>6-7</i>	8071	1585	689
<i>8-9</i>	6585	1509	691
<i>10+</i>	8377	2565	1174
Durée de l'intervalle intergénérisique (mois)			
<i>7-14</i>	6103	1839	864
<i>15-21</i>	15118	3466	1413
<i>22-29</i>	15242	2606	1155
<i>30-35</i>	3852	619	267
<i>36-42</i>	1764	342	162
Destin de l'enfant précédent			
<i>A survécu</i>	32907	6153	2533
<i>Est décédé</i>	9172	2719	1328
TOTAL	42 079	8 872	3 861

les résultats sont très significatifs tandis que l'âge de la mère ne semble devenir important qu'après 30 ans. Fait intéressant, l'intégration des deux facteurs dans le Modèle 3 inverse les coefficients des sous-catégories d'âge maternel après l'âge de 30 ans et ceux-ci deviennent significatifs. Ceux du rang de naissance acquièrent aussi de l'importance et de la significativité. Ce résultat paraît surprenant et pourrait indiquer un effet de sélection; les femmes mariés jusqu'à 45 ans qui ne parviennent pas à avoir des enfants à des âges plus élevés pourraient être en moins bonne santé. Notons toutefois, que même si l'âge de la

mère et le rang de naissance sont fortement corrélés³⁶, cela n'implique pas pour autant que les deux facteurs aient une quelconque relation ou influence l'un sur l'autre dans leur effet mutuel sur la mortalité infantile. Il est plausible qu'un troisième facteur, commun aux deux, soit à l'origine de ce résultat³⁷.

Le Modèle 4 se compose des deux variables de contrôle ainsi que de celles relatives à un enfant et son aîné. A première vue, le risque de décès est de 71 et 33% plus élevé pour un enfant dont l'intervalle intergénérisique fut moins de 14 mois ou de 15-21 mois comparativement à un intervalle moyen de 22-29 mois (référence) où se situent d'ailleurs la majorité des intervalles entre naissances. Le risque est minimum pour les intervalles de 30 à 35 mois. Par contre, les intervalles très longs (+36 mois) démontrent un risque plus élevé pour les enfants. Ils signalent de nouveau une éventuelle mauvaise santé de la mère, qui pourrait se répercuter sur celle de l'enfant. De même, le décès d'un aîné accroît de 43% le risque de décéder de l'enfant à l'étude. Hormis pour la catégorie 36-42 mois, les deux variables atteignent une haute significativité statistique.

Le modèle 5 est celui qui ajuste le mieux les données³⁸. Les sous-catégories des cinq facteurs sont presque toutes hautement significatives et les rapports de cotes abondent tous dans le sens des observations univariées et bivariées. Le risque de décéder demeure 22% plus élevé pour les garçons que pour les filles, et 1,85 fois plus grand pour les enfants nés après 1740 comparativement aux vingt premières années d'observation. Les enfants de rang 5 et moins conservent en moyenne 15 à 20% moins de risques de mourir alors qu'à l'opposé, ceux de rangs 8 et plus ont connu des risques 20 à 60% plus importants par rapport aux rangs de référence. Les rapports de cotes des durées d'intervalles sont similaires à ceux du Modèle 4. Néanmoins, ceux d'un enfant avec un aîné décédé est révisé à 34% au lieu de 43%. Enfin, le modèle complet (Modèle 6) nous informe non seulement que l'intégration de l'âge maternel ne modifie presque pas ni les

³⁶ Le coefficient de corrélation de Pearson r est égal 0,767 entre les deux variables, en supposant que la corrélation soit linéaire. Le résultat suggère une forte corrélation et est significative au seuil de 0,001.

³⁷ Voir les modèles suivants incluant les intervalles intergénérisiques et le destin de l'enfant précédent, où la direction des effets selon l'âge de la mère est à nouveau conforme au Modèle 1.

³⁸ Le choix des modèles se réalise par le Critère d'Information Bayésien (BIC) qui tient compte du principe de parcimonie, c'est-à-dire le modèle le plus ajusté avec un minimum de prédictors. Le BIC est calculé de la manière suivante : $BIC = -2\text{Log}(L) + \text{ddl} * \text{Ln}(N)$ où $-2\text{Log}(L)$ est la vraisemblance du modèle, ddl le degré de liberté et N la taille de l'échantillon. Plus la valeur du BIC est faible, plus le modèle est bien ajusté (parcimonieux).

TABLEAU 4.13 Régression logistique binaire du risque de mortalité infantile (Variable dépendante = l'enfant est décédé)

VARIABLE	MODÈLE 1		MODÈLE 2		MODÈLE 3		MODÈLE 4		MODÈLE 5		MODÈLE 6	
	Coeff.	Sig	Coeff.	Sig	Coeff.	Sig	Coeff.	Sig	Coeff.	Sig	Coeff.	Sig
Sexe												
Masculin	1,21	0,000	1,21	0,000	1,21	0,000	1,22	0,000	1,22	0,000	1,22	0,000
Féminin (Ref)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Période de naissance												
1680-1699 (Ref)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1700-1719	1,09	0,235	1,08	0,292	1,11	0,174	1,10	0,186	1,04	0,564	1,05	0,563
1720-1739	1,22	0,004	1,22	0,004	1,26	0,001	1,20	0,008	1,14	0,072	1,14	0,074
1740-1759	2,07	0,000	2,05	0,000	2,12	0,000	2,03	0,000	1,85	0,000	1,85	0,000
1760-1779	2,16	0,000	1,85	0,000	1,94	0,000	2,56	0,000	1,73	0,000	1,72	0,000
Age de la mère à l'accouchement												
<20	1,17	0,168			1,20	0,113					1,03	0,790
20-24	1,00	0,949			1,05	0,332					0,99	0,777
25-29(Ref)	-	-			-	-					-	-
30-34	1,12	0,001			0,91	0,017					0,97	0,452
35-39	1,37	0,000			0,85	0,001					1,00	0,913
40+	1,52	0,000			0,82	0,000					1,04	0,465
Rang de naissance												
2-3			0,94	0,086	0,85	0,001			0,86	0,000	0,85	0,001
4-5			0,82	0,000	0,78	0,000			0,81	0,000	0,80	0,000
6-7 (Ref)			-	-	-	-			-	-	-	-
8-9			1,20	0,000	1,25	0,000			1,20	0,000	1,20	0,000
10+			1,74	0,000	1,89	0,000			1,66	0,000	1,62	0,000
Durée de l'intervalle intergénérisique												
7-14							1,71	0,000	1,80	0,000	1,81	0,000
15-21							1,33	0,000	1,37	0,000	1,37	0,000
22-29 (Ref)							-	-	-	-	-	-
30-35							0,90	0,043	0,88	0,011	0,88	0,008
36-42							1,10	0,148	1,06	0,407	1,04	0,513
Destin de l'aîné direct												
Survécu (Ref)							-	-	-	-	-	-
Décédé							1,43	0,000	1,34	0,000	1,34	0,000
N observations	42 079		42 079		42 079		42 079		42 079		42 079	
Chi 2	922,240		1240,526		1260,388		1408,960		1851,246		1853,755	

p<0,001

TABLEAU 4.14 Régression logistique binaire du risque de mortalité néonatale (Variable dépendante = l'enfant est décédé)

VARIABLE	MODÈLE 1		MODÈLE 2		MODÈLE 3		MODÈLE 4		MODÈLE 5		MODÈLE 6	
	Coeff.	Sig	Coeff.	Sig	Coeff.	Sig	Coeff.	Sig	Coeff.	Sig	Coeff.	Sig
Sexe												
Masculin	1,22	0,000	1,22	0,000	1,22	0,000	1,23	0,000	1,22	0,000	1,22	0,000
Féminin (Ref)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Période de naissance												
1680-1699 (Ref)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1700-1719	0,87	0,159	0,89	0,238	0,89	0,208	0,93	0,467	0,87	0,149	0,84	0,076
1720-1739	0,87	0,133	0,91	0,300	0,90	0,257	0,93	0,397	0,86	0,099	0,82	0,033
1740-1759	1,15	0,109	1,19	0,047	1,18	0,062	1,21	0,027	1,07	0,422	1,02	0,785
1760-1779	1,12	0,280	1,03	0,805	1,02	0,858	1,46	0,000	0,95	0,602	0,89	0,287
Age de la mère à l'accouchement												
<20	0,82	0,269			0,84	0,341					0,72	0,068
20-24	0,89	0,064			0,93	0,267					0,88	0,051
25-29(Ref)	-	-	-	-	-	-					-	-
30-34	1,19	0,000			0,96	0,493					1,02	0,715
35-39	1,49	0,000			0,94	0,345					1,08	0,247
40+	1,73	0,000			0,96	0,642					1,19	0,029
Rang de naissance												
2-3			0,84	0,002	0,86	0,022			0,78	0,000	0,86	0,022
4-5			0,77	0,000	0,77	0,000			0,77	0,000	0,79	0,000
6-7(Ref)	-	-	-	-	-	-			-	-	-	-
8-9			1,26	0,000	1,27	0,000			1,25	0,000	1,22	0,001
10+			1,75	0,000	1,78	0,000			1,63	0,000	1,52	0,000
Durée de l'intervalle intergénérisique												
7-14							1,51	0,000	1,61	0,000	1,65	0,000
15-21							1,14	0,002	1,18	0,000	1,20	0,000
22-29 (Ref)							-	-	-	-	-	-
30-35							0,89	0,107	0,86	0,038	0,85	0,020
36-42							1,18	0,056	1,13	0,161	1,10	0,304
Destin de l'aîné direct												
Survécu (Ref)							-	-	-	-	-	-
Décédé							1,70	0,000	1,59	0,000	1,58	0,000
N observations	42 079		42 079		42 079		42 079		42 079		42 079	
Chi 2	292,877		446,193		448,607		538,997		817,319		829,944	

p<0,001

rapports de cotes ni l'effet des autres facteurs mais que l'âge maternel s'avère être une variable superflue qui perd toute significativité.

Les risques de mortalité néonatale fournis par le Tableau 4.14 sont quelque peu différents mais non moins éminents. Les trois premiers modèles reflètent de nouveau les rapports de cotes des variables caractéristiques de la mère et de l'enfant avec le sexe et la période de naissance. La surmortalité masculine endogène demeure identique à celle infantile (22%), de même que le rang de naissance, pour lequel on observe des coefficients toujours très significatifs et semblables pour la période endogène et infantile. Les coefficients relatifs à la période de naissance et à l'âge de la mère sont quant à eux modifiés. Une surmortalité endogène (20%), bien que peu significative ($p < 0,5$), est visible pour les enfants nés entre 1740 et 1759 (Modèle 2). Les enfants issus de mères âgées de plus de 30 ans risquent davantage de décéder avant leur premier mois (Modèle 1). Par contre, l'intégration du rang de naissance n'inverse plus l'évolution des coefficients de l'âge maternel mais leur ôte totalement leurs effets et leurs significativités respectives.

Le quatrième modèle revoit à la baisse les rapports de cotes des intervalles intergénéraliques de moins de 22 mois mais demeurent toujours plus forts que pour toute autre durée. Le décès d'un aîné accroît de 70% le risque de mourir avant un mois de son cadet et cet effet persiste encore. Cependant, en l'absence de l'âge maternel et du rang de naissance, la cote de décès des enfants nés après 1760 devient non seulement très significative mais gagne entre 30 et 40% entre les Modèles 1 à 3 et 4. Le Modèle 5 est d'ailleurs celui qui ajuste mieux les données selon le critère BIC, quoiqu'à la différence du tableau précédent, le Modèle 6 signale un effet non nul pour l'âge de la mère. Un garçon conserve toujours 22% plus de risques de décéder qu'une fille, par contre, le décès d'un aîné – encore très significatif – revalorise le risque de mourir à 59% au lieu de 70%. Peu de changements sont observés pour le rang de naissance et la durée de l'intervalle intergénéralique – excepté pour les rangs élevés et les intervalles très courts. Toujours-est-il que les rapports de cotes des cohortes de naissance ont perdu de leur significativité et corroborent cette fois l'évolution de la mortalité endogène observée dans le troisième chapitre (Tableaux 3.13 à 3.15). Le Modèle 6 révèle une nouvelle fois que l'âge de la mère est une variable moins robuste à ceci près que la cote de décès d'enfants nés de mères âgées atteint une significativité au seuil de 0,5%.

1.3.2. Interprétation

La littérature scientifique, ainsi que les résultats de la première partie de ce chapitre, confirment que le destin d'un enfant n'est pas indépendant de ses propres caractéristiques, ni de celles de sa mère ou de son aîné. Sans aucun doute, le sexe de l'enfant est un facteur exclusivement indépendant de tous les autres³⁹. L'inclusion des deux groupes de facteurs (caractéristiques maternelle et individuelle puis fraternelle) ne modifie en rien le risque de décéder des garçons par rapport à celui des filles ($\pm 22\%$). Par contre, nous savons que les modèles portent un peu plus sur les filles que sur les garçons et qu'ils surestiment légèrement ce risque masculin.

L'effet de la cohorte de naissance diffère selon la période de vie de l'enfant abordée et renforce les observations du chapitre précédent. En temps de faible mortalité, la mortalité de cause endogène prédomine. C'est le cas au XVIII^e siècle. Par contre, l'enfant subit de façon endogène les répercussions de la dégradation des conditions environnementales par l'intermédiaire de la mère. C'est ce que l'on observe à partir de la décennie 1740, marquée par les disettes et les maladies infectieuses. Même si les rapports de cote de chaque cohorte de naissance reflètent cette tendance, ils n'atteignent pas la significativité. Les conséquences de l'aggravation des conditions extérieures ne sont pas suffisamment fortes pour entraîner un effet non aléatoire sur le risque de mortalité néonatale. En revanche, lorsque la mortalité infantile est observée (Tableau 4.13), les décès de causes exogènes sont assez nombreux (3 861 cas sur 8 872 décès infantiles) pour accorder une haute significativité statistique pour presque toutes les cohortes de naissance, et cela même lorsque les autres facteurs déterminants sont pris en compte. Cela prouve que l'accroissement de la mortalité infantile est un phénomène réel, expliqué par la détérioration des conditions de vie et pas seulement par un meilleur enregistrement des décès infantiles. Cette dégradation est imputable à la présence de plus en plus accrue des maladies infectieuses et non pas à la généralisation de la pratique de mise en nourrice puisque nos analyses portent exclusivement sur les familles rurales.

Les résultats obtenus pour l'âge de la mère reflètent les propriétés endogènes et exogènes de ce facteur. En effet, dans la période infantile, le risque de décéder des enfants de mères de moins de 20 ans est 17% plus élevé que pour ceux issus de mères

³⁹ Les coefficients de Pearson garantissent qu'aucune corrélation n'existe entre le sexe et les autres variables.

dans la vingtaine. Bien que l'immaturation physiologique maternelle soit une cause de décès endogène, une jeune mère ne possède pas encore assez d'expérience en termes de soins maternel, ce qui pourrait expliquer la surmortalité infantile (Modèle 1, Tableau 3.13). Si la surmortalité endogène des enfants nés de très jeunes mères est imperceptible d'après nos résultats, c'est parce que le risque de décéder obtenu par nos analyses reflète celui de l'enfant de rang $n+1$, l'aîné de la fratrie ne pouvant être pris en compte à cause de l'intégration des facteurs «durée de l'intervalle intergénéral» et «destin de l'enfant précédent». Or, le risque de mortalité endogène des enfants nés de très jeunes mères est plus important pour le premier né que pour les suivants. Les mères analysées ont donc passé le cap de la première naissance, plus difficile. Par contre, les risques de mortalité endogène et infantile s'accroissent parallèlement à l'âge maternel, l'épuisement physiologique et la déplétion des ressources maternelles entrent alors en jeu (Modèle 1).

Cependant, dès qu'est introduit le rang de naissance, l'effet de l'âge maternel est inversé et significatif (période infantile) ou annihilé et non significatif (période endogène). Il est fort probable que les enfants de parité élevée et issus d'une mère âgée bénéficient de l'expérience de la maternité acquise par leur mère ainsi que de sa robustesse et que cela se traduise par des risques de mortalité infantile et endogène moindres (Modèles 3). De fait, seules sont analysés ici les enfants nés d'une mère ayant vécu au moins 45 ans. Ont été conséquemment écartés les enfants issus d'une mère décédée avant cet âge, quelle que soit la cause du décès (maladie, décès en couches, accident). Ce critère constitue un effet de sélection susceptible d'expliquer ces résultats.

Le destin de l'enfant précédent ainsi que la durée de l'intervalle intergénéral sont étroitement liés. Les deux facteurs renferment intrinsèquement des propriétés endogènes et exogènes. Un aîné décédé interrompt l'allaitement (exogène) réduit l'intervalle intergénéral qui accroît les risques de prématurité chez l'enfant suivant (endogène). L'allaitement d'un aîné survivant prolonge l'espacement intergénéral, amoindrit les cas de prématurité mais risque de faire entrer deux ou plusieurs enfants en compétition, dépendamment de la taille de la fratrie et de la santé de la mère. Les deux tableaux précédents confirment ces propos. Les modèles 4 des Tableaux 4.13 (mortalité infantile) et 4.14 (mortalité néonatale) démontrent, en l'absence de l'âge maternel et du rang de naissance, que l'impact du décès de l'aîné est plus grand pour la période néonatale (70%) que pour la période infantile (43%). On observe l'inverse pour les rapports de cote des

catégories d'intervalles. Fait intéressant, le quatrième modèle des deux analyses atteste que les seules considérations de la durée de l'intervalle entre naissances et le destin de l'enfant précédent modifient fortement les cotes de décès des enfants nés au cours des vingt dernières années d'observation. La forte mortalité infantile de cette période accroît les intervalles après décès qui par nature sont plus courts que les intervalles normaux et menacent davantage la vie des tout-petits⁴⁰.

En revanche, dès que sont introduits les rangs de naissance, les coefficients des catégories d'intervalles sont revus à la hausse parce que les durées d'intervalles sont aussi tributaires de ce facteur, indicatif de la taille de la fratrie⁴¹. La déplétion maternelle due aux grossesses consécutives, la compétition entre les enfants impliquent des risques plus importants dans la période infantile (Tableau 4.13) que dans la période néonatale (Tableau 4.14) pour les intervalles de moins de 21 mois. À l'inverse, les rapports de cotes des enfants de rangs 8 et 9 mais surtout ceux des enfants de rang 10 et plus chutent dès que sont intégrés la durée de l'intervalle ainsi que le destin de l'aîné (Modèle 3 et 5). Ceci signifie que ces enfants sont issus de mères proches de la fin de leur vie reproductive. Ils bénéficient non seulement de leurs expériences en maternité mais aussi de leur moindre fécondabilité en lien avec leur âge avancé et qui se traduit par des intervalles intergénéraliques plus long.

2. COMPOSANTE INTERGÉNÉRATIONNELLE LA MORTALITÉ INFANTILE

Outre l'observation d'une éventuelle composante familiale de la mortalité infantile, il est fort probable que les pertes d'enfants expérimentées par une mère ne soient pas uniquement dues à sa santé, à ses caractéristiques ou à celles de ses enfants. Même si sa façon de les élever et d'en prendre soin constitue une explication à cette épreuve, il est possible qu'elle soit justifiée par un autre élément qui traverse les générations, allant ainsi au-delà de la mère ou de sa descendance. De précédentes études portées sur la population suédoise et sur celle du Saguenay au XIXe siècle ont attesté que les décès infantiles n'étaient pas uniformément distribués au sein des familles⁴². En effet, certaines mères n'expérimentent aucune perte d'enfants, même en temps de forte mortalité infantile, alors qu'à l'opposé, certaines éprouvent des décès infantiles répétés. Un effet de période

⁴⁰ Voir Section 1.1.4.4. et Figure 4.8.

⁴¹ Voir Figure 4.11, Tableau 4.6.

⁴² TREMBLAY, et al. (1998), *op. cit.*, p. 142-143; EDVINSSON et al. (2005), *op. cit.*, p. 326

et de lieu seraient de plausibles explications. Il demeure que les mères ne contribuent pas toutes identiquement à la distribution des décès infantiles. La dimension finale de la fratrie est un facteur confondant dont il faut tenir compte. Celle-ci est déterminée par l'âge au mariage de la mère, par la durée de sa vie reproductive elle-même tributaire de son âge au décès. Dès lors, une sélection des familles à analyser s'impose. Puisqu'aucune recherche n'a porté sur ce thème pour le Québec préindustriel, nous nous sommes donnés comme mandat de combler cette lacune. De la sorte, la concentration des décès infantiles parmi les familles ainsi que la relation intergénérationnelle de la mortalité des enfants pourront être vérifiées pour le Québec ancien.

2.1. Critères de sélection

L'obtention de résultats optimaux relativement à l'identification et à la mesure d'une mortalité infantile intergénérationnelle requiert quelques ajustements. La condition indispensable est de posséder deux générations de femmes, celle des mères (1^{ère} génération) et celle de leurs filles (2^{ème} génération). Toutefois, une fille peut à son tour devenir mère d'une autre génération de filles et ainsi de suite. Dans ce cas, elle sera analysée comme une première génération et ses filles comme une seconde génération. Cette circonstance se produit autant de fois que de générations sont observables sur la période délimitée (1621-1749) de manière à analyser à chaque fois, deux générations uniquement.

L'observation complète de la vie reproductive de ces femmes s'avère une nouvelle fois un atout majeur. Tout comme pour les parties précédentes de ce chapitre, seules les mères et les filles ayant atteint leur 45^{ème} anniversaire ont été retenues pour cette analyse. Afin d'avoir une vision plus juste et exempte d'interférences, les mères et les filles doivent n'avoir contracté qu'un seul mariage⁴³ et avoir eu au moins 4 enfants. Ainsi, sont exclus les cas où l'on observerait une mortalité excessive dans une petite fratrie⁴⁴. L'impact de cette exclusion devrait être mineur attendu que les familles de 3 enfants ou moins représentent seulement 4,4% des familles de mères (1^{ère} génération) et 12,0% des familles de filles (2^{ème} génération). Enfin, l'analyse de la composante intergénérationnelle

⁴³ EDVINSSON et al. (2005), ont identifié les femmes qui se sont remariées une ou plusieurs fois comme étant plus à risques d'éprouver la perte de leurs enfants. Les auteurs ont observé chez elles une propension à appartenir à la catégorie des familles à haut-risque plus importante (mortalité infantile familiale subie deux fois plus forte que la moyenne).

⁴⁴ Par exemple, 50% de décès sur une fratrie composée de deux enfants.

de la mortalité infantile ne peut se réaliser qu'avec des données apparentes, soit avec les lacunes informatives dont nous avons déjà pris connaissance dans le Chapitre 2. Toute forme de correction n'octroierait pas la possibilité d'attribuer les décès retrouvés aux familles concernées. Au total, 3 975 mères de 39 319 enfants et 9 045 filles mères de 89 043 enfants répondent à ces critères de sélection.

2.2. Quelques données

Avant d'amorcer l'analyse, quelques données descriptives ont été obtenues des mères et des filles sous observation. En premier lieu, les mères ont en moyenne eu 10 enfants lorsqu'elles résidaient en campagne et 9,7 en ville⁴⁵. Leurs filles ont pour leur part donné naissance à 9,9 enfants en campagne et 9,6 en ville. Ceci n'est pas un indice d'une amorce d'une fécondité contrôlée, loin de là. L'explication tiendrait plutôt du fait que les filles se sont mariées légèrement plus tard que leurs mères, réduisant ainsi leur période de vie reproductive (21,3 contre 20,7 ans pour les mères)⁴⁶.

S'il existe une insignifiante différence dans les descendance finale des mères et de leurs filles, qu'en est-il de leurs distributions? D'après le Tableau 4.15, plus de la moitié des mères et des filles ont eu 10 enfants et plus. Il n'existe aucune différence de distribution des familles entre les deux générations, elles sont alors homogènes. Puisque nous avons démontré, en première partie de ce chapitre, que la taille de la famille est un facteur de mortalité différentielle (Figure 4.5), nous avons établi les quotients de mortalité infantile apparents pour les deux générations selon la taille de leur descendance finale (Tableau 4.16).

Il appert, pour les deux générations, que les risques de décéder avant l'âge d'un an s'accroissent en fonction de la taille de la famille. Parce que le décès d'un enfant met fin à l'allaitement maternel et l'aménorrhée post-partum, l'intervalle intergénéral subséquent est écourté et instaure une relation de cause à effet entre le fait d'atteindre des parités

⁴⁵ Nous avons posé l'hypothèse, au vu du peu de mobilité géographique des familles, que le lieu de mariage fut le lieu de résidence des mères et des filles.

⁴⁶ Avant 1680, le déséquilibre entre les sexes (entre 6 et 4 hommes mariables pour une femme célibataire ou veuve) a provoqué l'entrée précoce des femmes dans la vie maritale (âge moyen au 1^{er} mariage : 20,7 ans pour les immigrantes, 14,9 pour les canadiennes). Une fois le déséquilibre résorbé, l'âge moyen au premier mariage franchit le cap de 20 ans. Dans notre cas, l'écart entre les âges moyens au mariage entre les mères et leurs filles est d'autant plus atténué que certaines filles sont devenues mères à leur tour. Si elles se sont vraiment mariées bien plus tard que leurs mères, elles compensent les âges précoces au 1^{er} mariage de leurs mères. CHARBONNEAU et al., (1987), *op. cit.*, p. 58-59 et 71-72.

élevées et d'expérimenter une haute mortalité infantile. La taille de la famille constitue un effet confondant à retenir.

TABLEAU 4.15 Distribution des mères et de leurs filles selon la taille de la famille

Génération	Taille de la famille				
	4-6	7-9	10-13	14+	Total
Mères ¹	17,2	27,6	41,6	13,6	100,0
Filles ²	18,1	27,4	40,7	13,8	100,0

Notes : 1. 3 975 mères
2. 9 045 filles

TABLEAU 4.16 Quotients apparent de mortalité infantile selon la taille de la famille et la génération

Génération	Taille de la famille				
	4-6	7-9	10-13	14+	Total
Mères ¹	113,3	120,5	141,2	217,9	150,1
Filles ²	183,1	168,5	189,8	285,5	204,9

Notes : 1. 3 975 mères de 39 319 enfants dont 5 903 décédés avant un an
2. 9 045 filles, mères de 89 043 enfants dont 18 246 décédés avant un an

Une lecture verticale indique aussi que pour une taille donnée, ces risques sont supérieurs dans la génération des filles. Deux raisons expliquent ces résultats. La première implique l'évolution de la mortalité infantile au cours de la période étudiée (Chapitre 3). Les mères, dont la période de mariage s'étend de 1621 à 1738, ont contracté une union en moyenne en 1699. Les mariages des filles se sont produits au cours de la période 1637-1749 et ont en moyenne célébré leur union, 22 ans plus tard, en 1721. Les quotients totaux reflètent ainsi la mortalité infantile apparente moyenne de ces deux périodes – représentées par ces années moyennes de mariages – et qui était plus faible au XVII^e siècle qu'au siècle suivant. Un effet de période est alors perceptible et introduit une confusion dans les comparaisons intergénérationnelles.

La seconde raison découle de l'utilisation du phénomène apparent. Lors des second et troisième chapitres, nous avons suspecté et observé un plus fort sous-enregistrement des décès infantiles au cours du XVII^e siècle (entre 10 et 28%). Les quotients de la 1^{ère}

génération souffrent davantage de ces lacunes informatives et accentuent les écarts avec ceux de la 2^{ème} génération et l'effet de période⁴⁷.

2.3. Définition des familles à haut-risque et très haut-risque

Une des façons de comparer la mortalité infantile des filles avec celle de leur mère est de définir des statuts de risques dans lesquelles seraient catégorisées leurs familles. Le statut de «haut-risque» a été établi grâce aux quotients de mortalité infantile apparents obtenus dans le Tableau 4.17. La moyenne des deux quotients égale 177,5‰, ce qui reviendrait à dire que 17,8% des enfants sont décédés avant leur premier anniversaire pour l'ensemble de la période couverte par les deux générations⁴⁸. Les familles ayant éprouvé un quotient deux fois plus important que la moyenne (35,5%) sont qualifiées de famille à «haut-risque». En multipliant cette proportion par la moyenne des enfants nés pour chaque taille de famille et en arrondissant à l'unité la plus proche, nous avons obtenu le tableau suivant⁴⁹ :

TABLEAU 4. 17 Définitions d'une famille à haut-risque et à très haut-risque

Nombre de naissances dans la famille	Nombre de décès infantiles	
	Haut-risque	Très haut-risque
4-6	2	3
7-9	3	4
10-13	4	5
14+	5	6

⁴⁷ Quand bien même nous aurions pu travailler avec des données corrigées, l'effet de période n'aurait pas été résorbé. Par contre, notre effet de période est inversé par rapport à la population saguenéenne observée par Tremblay et al. et à la population suédoise de Edvinsson et al.. Au XIXe siècle et au début du XXe, la mortalité infantile décroît suite à l'amélioration des conditions d'hygiène, à l'institutionnalisation de la pédiatrie et au contrôle des maladies infectieuses.

⁴⁸ Ce quotient apparent est plus faible par rapport à celui que nous avons obtenu dans le Chapitre 3 (240,9‰). Rappelons qu'ici seules les mères ayant vécu au moins 45 ans, ayant contracté un seul mariage et on eu au moins 4 enfants sont retenues. Le quotient apparent du chapitre 3 a été calculé sans aucune de ses conditions.

⁴⁹ Par exemple, les mères et les filles de 10-13 enfants ont eu en moyenne 11,3 naissances. $11,3 \times 0,355 = 4$ décès infantiles. Le fait d'utiliser le double de la moyenne des quotients de mortalité infantile des mères et des filles pour qualifier le statut de «haut-risque» laisserait penser que ce statut est surestimé pour la génération des mères et sous-estimé pour celle des filles compte tenu de l'évolution temporelle du phénomène. Néanmoins, ce problème est allégé par le fait que les filles deviennent mères à leur tour sur toute la période observée.

Le statut de «très haut-risque» a été calculé de la même façon et est quant à lui arbitrairement fixé à un décès infantile supplémentaire par rapport au statut de «haut-risque» défini⁵⁰.

2.4. Transmission intergénérationnelle : investigation

La mise en évidence d'une composante familiale intergénérationnelle de la mortalité des enfants est exécutable de deux manières différentes. La première met à profit les statuts de risques définis. La comparaison des distributions relatives à chacune des catégories peut révéler une association positive entre le fait qu'une fille ait été qualifiée à «haut-risque» parce que sa mère l'était aussi. L'introduction de la dimension géographique s'avère aussi un indice supplémentaire de la force associative compte tenu que les comportements maternels et les niveaux de mortalité infantile dans les zones urbaines se distinguaient de ceux des campagnes. La seconde façon rapporte les distributions observées des mères et des filles en fonction de la proportion d'enfants perdus avant un an à celles attendues. Si les deux séries sont identiques, aucune association entre les proportions d'enfants perdus des mères et celles de leurs filles n'est perceptible. Dans le cas contraire, il faut interpréter les rapports obtenus pour juger de la direction de cette association.

2.4.1. Distributions des mères et des filles selon les statuts de risque

Le Tableau 4.18 fournit la distribution des filles en fonction de leur statut de risque et de celui de leur mère lorsqu'elles ont résidé en ville ou en campagne. A première vue, plus de filles furent à «haut risque» quand leurs mères le furent aussi. La constatation est semblable, avec de moindres proportions, pour les mères et les filles à «très haut-risque». Une nuance est indispensable: les villes, en plus d'être un facteur de mortalité infantile important, sont aussi le lieu où se concentrent les mères et les filles de l'élite qui pratiquaient la mise en nourrice, néfaste à plus d'un égard pour les tout-petits (Chapitre 3). C'est pourquoi, la proportion des mères et des filles à «haut-risques» est plus forte en ville

⁵⁰ L'idée première était d'imposer un pourcentage fixe de 60% de décès infantiles. L'obtention d'effectifs très réduits nous dissuadé d'adopter ce choix. Par contre, nous tenons à mentionner que si les mères et les filles ont été classée dans la même catégorie du nombre de naissance (4-6; 7-9; 10-13; 14+) et ont le même statut de risque (Faible, haut ou très haut-risque), elles n'ont pas forcément eu exactement le même nombre d'enfants. Par exemple, une mère de 7 enfants et sa fille de 9 ayant perdu quatre d'entre eux seront considérées comme à haut risque. Puisque le nombre d'enfants mis au monde par l'une et par l'autre n'est pas identique, un biais est introduit. Néanmoins, l'exacte similitude entre les deux générations réduirait considérablement les effectifs et restreindrait l'efficacité et la précision des résultats.

qu'en campagne. Dans une moindre mesure, davantage de filles furent à «très haut-risque» au même titre que leurs mères. Il existe ainsi une association entre le statut de risque des filles avec celui de leur mère, quelque soit le degré de ce statut et la zone géographique.

TABLEAU 4.18 Distribution des filles en fonction de leur statut de risque et de celui de leur mère selon le lieu de résidence (%)

Statut de risque de la fille	Statut de risque de la mère			
	Villes		Campagnes	
	<i>Faible risque</i>	<i>Haut-risque</i>	<i>Faible risque</i>	<i>Haut-risque</i>
Faible risque	92,3	7,7	92,0	8,0
Haut-risque	81,8	18,2	85,4	14,6
	<i>Faible risque</i>	<i>Très haut-risque</i>	<i>Faible risque</i>	<i>Très haut-risque</i>
Faible risque	96,0	4,0	96,7	3,3
Très haut-risque	87,9	12,1	92,4	7,6

Notes : $n = 5\,704$ mères et filles

2.4.2. Distributions observées et attendues

A l'exemple de Tremblay et al. (1998) pour la population saguenéenne de la fin du XIXe et du début du XXe siècle, nous avons rapporté les distributions observées à celles attendues des proportions d'enfants perdus des mères et des filles selon la taille de la famille. Si la proportion d'enfants perdus des mères n'a aucune influence sur celle de sa ou de ses fille(s), le rapport «distributions observées/attendues» devrait être égal à 1 dans chaque cellule (Hypothèse H_0). Si la proportion d'enfants perdus des mères a une influence sur celle de sa ou de ses fille(s), le rapport «distributions observées/attendues» devrait être différent de 1 dans chaque cellule (Hypothèse H_1).

Les Tableaux 4.19 à 4.21 présentent les résultats pour les familles de 4 enfants et plus, 4 à 9 enfants puis 10 enfants et plus. Les trois séries suggèrent qu'effectivement il existerait une relation intergénérationnelle entre la proportion d'enfants perdus par les mères et celle par leurs filles. Le nombre de filles observées ayant perdu au moins 20% de leurs enfants, tout comme leurs mères, excède le nombre attendu. Une constatation similaire est valable pour les filles ayant perdu moins de 20% de leurs enfants à l'image de leurs mères. Même si les résultats ne sont significatifs que pour les familles de plus de 4

TABEAU 4.19 Distributions des filles observées, attendues, rapport des deux distributions selon la proportion de leurs d'enfants perdus avant l'âge d'un an et la proportion des enfants perdus de leurs de leurs mères (Familles de 4 enfants et plus)

<i>Distributions observées</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	565	502	221	29	1 317
1-19	635	670	342	66	1 713
20-39	565	697	391	82	1 735
40+	272	307	279	81	939
Total	2 037	2 176	1 233	258	5 704
<i>Distributions attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	470	502	285	60	1 317
1-19	612	653	370	77	1 713
20-39	620	662	375	78	1 735
40+	335	358	203	42	939
Total	2 037	2 176	1 233	258	5 704
<i>Rapport Observées/Attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	1,20	1,00	0,78	0,48	1,00
1-19	1,04	1,03	0,92	0,86	1,00
20-39	0,91	1,05	1,04	1,05	1,00
40+	0,81	0,86	1,37	1,93	1,00
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

$$\chi^2=144,4 \text{ (p=0,000)}$$

TABEAU 4.20 Distributions des filles observées, attendues, rapport des deux distributions selon la proportion de leurs d'enfants perdus avant l'âge d'un an et la proportion des enfants perdus de leurs de leurs mères (Familles de 4 à 9 enfants)

<i>Distributions observées</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	187	91	62	8	348
1-19	108	71	39	5	223
20-39	113	61	39	12	225
40+	80	33	20	6	139
Total	488	256	160	31	935
<i>Distributions attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	182	95	60	12	348
1-19	116	61	38	7	223
20-39	117	62	39	7	225
40+	73	38	24	5	139
Total	488	256	160	31	935
<i>Rapport Observées/Attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	1,03	0,96	1,03	0,67	1,00
1-19	0,93	1,16	1,03	0,71	1,00
20-39	0,97	0,98	1,00	1,71	1,00
40+	1,10	0,87	0,83	1,20	1,00
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

$$\chi^2 = 10,0 \text{ (} p=0,354 \text{)}$$

TABEAU 4.21 Distributions des filles observées, attendues, rapport des deux distributions selon la proportion de leurs d'enfants perdus avant l'âge d'un an et la proportion des enfants perdus de leurs de leurs mères (Familles de 10 enfants et plus)

<i>Distributions observées</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	109	130	41	6	286
1-19	214	302	151	29	696
20-39	162	333	177	34	706
40+	77	129	140	39	385
Total	562	894	509	108	2 073
<i>Distributions attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	78	123	70	15	286
1-19	189	300	171	36	696
20-39	191	304	173	37	706
40+	104	166	95	20	385
Total	562	894	509	108	2 073
<i>Rapport Observées/Attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	1,40	1,06	0,59	0,40	1,00
1-19	1,13	1,01	0,88	0,81	1,00
20-39	0,85	1,10	1,02	0,92	1,00
40+	0,74	0,78	1,47	1,95	1,00
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

$$\chi^2=100,5 \text{ (p=0,000)}$$

ou 10 enfants (effectifs importants), la relation est d'autant plus forte lorsque les mères et les filles ont perdu plus de 40% de leur progéniture. Dans ce cas, la distribution observée est 1,9 fois plus grande que celle attendue. Même si l'hypothèse nulle (H_0) doit être rejetée, cela ne signifie pas pour autant que toutes les filles qui ont une mère ayant expérimenté de lourdes pertes d'enfants, souffriront elles-aussi du décès de plusieurs de leurs enfants. Elles sont seulement plus prédisposées à perdre leurs enfants que les autres filles.

Nous nous sommes de nouveau prêtés au jeu des distinctions entre les zones urbaines et rurales en effectuant le même exercice lorsque mères et filles ont résidé en ville ou en campagne (Annexes 4.3 à 4.6), pour les familles de 4 puis 10 enfants et plus. L'usage de conditions multiples appliquées simultanément aux deux générations réduit considérablement les effectifs. Attendu que les villes sont des lieux où vivent les élites pratiquant la mise en nourrice, où règnent l'absence d'hygiène et les conditions nécessaires à la prolifération d'agents pathogènes, nous nous serions attendus à ce que les rapports soient plus élevés dans les villes. Or, il n'en est rien. Il y a de fortes chances pour que les effectifs réduits pour les mères et filles ayant résidé en ville compromettent la justesse et l'interprétation des résultats (821 et 259 cas).

2.5. Effet de période

Bien qu'une relation positive entre les proportions d'enfants perdus pour l'ensemble des mères et des filles ait été identifiée, il reste à déterminer si elle ne serait pas la conséquence d'un effet de période. Le chapitre 3 avait révélé une mortalité infantile croissante entre le début de la colonie française et les premières années du Régime Britannique. Les enfants des secondes générations ont été exposés à des risques de décéder avant leur premier anniversaire plus élevés que ceux qui prévalaient pour les premières générations, quelle que soit la période où les deux générations ont vu le jour. L'effet de période se manifeste-t-il à travers les rapports obtenus précédemment? L'année moyenne de mariage des filles diffère-t-elle selon leur proportion d'enfants perdus et celle de leur mère? Le Tableau 4.22, qui offre trois lectures possibles, expose l'année moyenne de mariage des filles selon leur proportion de leurs enfants décédés et la proportion des enfants décédés de leurs mères.

Une lecture horizontale suggère que pour chaque proportion d'enfants perdus par les filles, leur année de mariage augmente en fonction de la proportion d'enfants perdus par leur mère. Une lecture verticale suggère que pour chaque proportion d'enfants perdus par les mères, les filles qui ont été plus à risques de perdre de leurs enfants sont celles qui se sont mariées plus tard, de 8 à 10 ans en moyenne, que celles qui n'ont subi aucune perte.

TABLEAU 4.22 Année moyenne de mariage des filles selon leur proportion de leurs enfants décédés et la proportion des enfants décédés de leur mère

Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)			
	0	1-19	20-39	40+
0	1719	1722	1727	1735
1-19	1721	1724	1726	1730
20-39	1725	1728	1730	1732
40+	1729	1733	1735	1736
Total	1723	1726	1730	1733

Notes : $n = 5\,704$ mères et filles

Enfin, une lecture en diagonale démontre que lorsque mères et filles ont pareillement perdus leurs enfants en proportion, l'année moyenne de mariage des filles augmente en fonction de la proportion d'enfants perdus. L'écart en années de mariage entre mères et filles n'ayant éprouvé aucune perte d'enfants et celles qui en ont perdu au moins 40% est de 17 ans. Plus l'année de mariage d'une fille est tardive dans notre période d'observation, plus grande fut son exposition au risque de perdre ses enfants. L'année de mariage explique certainement une partie des résultats obtenus précédemment.

3. CONCLUSION DU CHAPITRE

Les analyses de ce chapitre ont contribué à jeter de nouveaux éclairages en ce qui concerne la mortalité des enfants d'un point de vue familial et intergénérationnel. Même si les données comportent des limites qui circonscrivent nos ambitions et restreignent les associations factorielles observables, s'est dégagée de celles-ci une véritable composante familiale de la mortalité infantile. Les analyses bivariées auraient pu être davantage approfondies si les désagrégations envisagées (mortalité néonatale et post-néonatale, cohorte de naissance) n'avaient pas compromis les interprétations qui en auraient découlé à cause de faibles effectifs. Malgré tout, une grande part des associations entre les

facteurs a pu être dégagée. Par contre, résumer les résultats des relations mécaniques entre ces derniers constitue tout un défi tant ils sont nombreux et tributaires du degré d'analyse entrepris.

Presque toutes les variables ont eu une influence plus marquée dans la période néonatale de l'enfant plutôt que dans la période post-néonatale. Ceci ne signifie pas pour autant que les risques de mortalité néonatale prédominent sur ceux de la mortalité post-néonatale. Les facteurs tels que l'âge de la mère à l'accouchement, le rang de naissance, la taille de la famille, la durée de l'intervalle intergénéral, le destin de l'enfant précédent affectent davantage de façon endogène la survie des enfants.

Sans être intégralement exempte de tout impact, la période post-néonatale finit aussi, à un moment donné, par être atteinte par les effets de ces facteurs. Ceux-ci ne sont toutefois pas dissociables les uns des autres – d'où la nécessité d'une analyse bivariée et multivariée. Par exemple, aucune association positive entre l'âge maternel à l'accouchement et les risques de décéder après le premier mois n'était perceptible avant l'âge de 30 ans. Par la suite, la mortalité post-néonatale croît en fonction de l'âge. La même constatation est visible pour certains autres facteurs : les risques de mortalité post-néonatale augmentent après le rang 4, pour les familles de 9 enfants et plus, pour un aîné décédé avant l'âge d'un mois.

A ceci s'ajoute un effet de période de naissance qui accentue les associations et les risques de décéder. La mortalité infantile qui a régné au XVII^e siècle est maintenant connue pour avoir été plus faible que dans le siècle suivant. Sans en répéter les raisons, il demeure que la part croissante de la mortalité exogène au XVIII^e siècle n'a pas été sans influence sur l'impact des facteurs déterminants. En effet, que ce soit pour la période néonatale ou post-néonatale, les risques de mourir avant un an se sont accrus au cours du XVIII^e siècle. Sans qu'en soient profondément modifiées les tendances de ces risques en fonction des valeurs de chaque variable, nous avons constaté que les risques de mortalité post-néonatale surpassaient ceux de mortalité néonatale au cours de la période 1720-1779 alors que l'inverse s'était produit pour la période 1621-1719. Que les conditions de vie extérieures interagissent par l'intermédiaire de la santé de la mère puis sur la qualité de son lait maternel et constituent un facteur de mortalité exogène supplémentaire demeure une hypothèse relativement acceptable.

Chaque facteur est intrinsèquement associé à un ou plusieurs autres et il est délicat d'extraire de chacun de ses déterminants leurs effets individuels. Malgré l'aspect descriptif des analyses univariées et bivariées, il est clair que le destin de chaque enfant n'est indépendant ni de celui de ses frères et sœurs ni de la santé de sa mère. Des femmes semblent avoir une plus grande propension à perdre leurs enfants que d'autres. Plus la taille de la fratrie est importante, moindre sera la proportion de femmes sans pertes d'enfants et plus grande sera celle des femmes qui participent à la majorité des décès infantiles. La dimension de la famille est bien un facteur confondant puisque pour atteindre des parités élevés, la mère doit se marier jeune et/ou expérimenter des intervalles courts, eux-mêmes susceptibles de causer le décès de ces enfants.

Lorsqu'ont été classées les mères et les filles selon un statut de risque définis, une association positive entre la mortalité infantile vécue par une mère et celle de ses filles a été constatée. Plus de 18% (en villes) et 14% (en campagnes) des familles de filles furent à «haut-risque» parce que les familles de leurs mères l'étaient aussi. Avec de moindres proportions, la même observation a été faite pour les filles et les mères à «très haut-risque». La comparaison des distributions observées et attendues de filles selon la proportion de leurs enfants décédés et celle de leurs mères abonde dans le même sens. Un effet de période explique en partie ces résultats, compte tenu que les enfants nés de filles ont subi une mortalité infantile supérieure à celle dont ont souffert les enfants des mères. Les filles qui n'ont expérimenté aucun décès infantile se sont mariées en moyenne 17 ans plus tôt que celles qui ont éprouvé la perte d'au moins 40% de leur descendance.

CONCLUSION GÉNÉRALE

*«Le Seigneur a donné et le Seigneur a repris, dit-elle à travers ses propres larmes.
Béni soit son nom»*

Lucy Maud Montgomery, *Anne dans sa maison de rêve* (1917)

L'objectif de cette thèse était d'offrir une vision nouvelle et approfondie de la mortalité des enfants canadiens-français aux XVII^e et XVIII^e siècles. Le sujet suggérait en lui-même une multitude d'avenues de recherche qui s'égalent en intérêt scientifique. En fonction des exigences imposées pour ce travail, notre choix s'est porté sur deux axes qui peuvent être appréciés individuellement, bien qu'ils soient indissociables et complémentaires. L'épilogue de cette recherche consiste en l'exposé des principaux résultats. Pour demeurer fidèle à sa structure, nous relaterons d'abord les faits saillants ressortant de l'étude de l'évolution de la mortalité des enfants au cours des deux siècles qui nous importent. Ensuite, nous proposerons un bilan des effets de la composante familiale et intergénérationnelle sur la vie des tout-petits.

Avec le recul qu'imposent les siècles, serait-il juste d'affirmer que la Nouvelle-France fut une France nouvelle en tout point? Après tout, il s'agissait par stratégie politique de développer économiquement une colonie annexe à la métropole, peuplée de bons Français emmenant avec eux mentalités et comportements, foi en la religion catholique auxquels on faisait miroiter l'espoir d'une vie meilleure. Accorder un «certes» trop rapidement sur ce sublime tableau serait nous fourvoyer. La colonie fut bien une nouvelle patrie francophone mais avec des spécificités qui rendent son peuple unique encore aujourd'hui. Les Canadiens-français ont écrit leur propre histoire sociodémographique.

L'analyse de celle-ci, par la perspective infantile, a été rendue possible grâce à la rigueur et la fermeté de l'encadrement religieux de l'Église catholique. Sans l'inscription

des évènements tels que les naissances, les unions et les décès à des fins spirituelles, nous n'aurions pu accomplir cette recherche sur un plan démographique. Même si les registres paroissiaux confinant une partie de la biographie des Canadiens-français comportent quelques irrégularités – dues aux outrages du temps, à l'omission volontaire des officiants religieux, à la migration des familles – qu'il nous a paru nécessaire d'estomper, ils demeurent d'une richesse exceptionnelle.

L'exploitation de la base de données informatisée du *Registre de la population du Québec ancien* a permis, depuis longtemps, de certifier que la population canadienne-française était exempte de tout contrôle de la fécondité. Cette observation représente une condition primordiale dans l'analyse de la mortalité des enfants puisqu'elle écarte toute interférence comportementale de la part des parents. De même, l'absence d'une médecine élaborée et le recours assidu aux prières pour secourir une âme n'offrent aucun obstacle au cours naturel de l'existence. Enfin, les différences sociales sont peu marquées en général, excepté dans les zones urbaines où la hiérarchie sociale s'est plus diversifiée.

A partir de ces trois préalables, nous avons constaté, pour notre premier axe de recherche, que deux périodes distinctes se dégagent de l'histoire de la mortalité des enfants. Nous avons arbitrairement délimité la première des origines de la colonie à la période 1700-1710 qui illustre une phase charnière du phénomène. Ce premier cycle de la mortalité incarne les caractéristiques qui prévalaient dans la colonie. Elles se traduisent par une mortalité infantile apparente inférieure à 150‰, conséquence d'une population coloniale de quelques milliers d'habitants seulement, d'un territoire vierge d'agents infectieux et de ressources naturelles saines et abondantes. Malgré un sous-enregistrement des décès qui avoisine 25%, le niveau de mortalité infantile est de loin inférieur à celui qui prédominait en métropole. Même si le sous-enregistrement s'amenuise à mesure que s'organise la colonie, la mortalité des enfants est essentiellement de nature endogène, c'est-à-dire que les malformations congénitales, les traumatismes liés à la grossesse et à l'accouchement, les problèmes associés à la constitution de l'enfant priment comme facteurs de décès sur les agents infectieux et les soins prodigués au nourrisson.

En raison de l'absence de contact prolongé avec des virus mortels, les nouveau-nés furent grandement éprouvés lors de l'apparition des premières maladies infectieuses au

XVIIe et au début du siècle suivant. Les indices d'intensité témoignent non seulement de la faible mortalité infantile «normale» mais aussi de la virulence avec laquelle ces maladies ont frappé. Attendu que les villes étaient encore relativement intégrées au paysage rural à cette époque, qu'elles n'ont pas acquis leur caractère urbain qui les discriminera du reste du territoire au cours du XVIIIe siècle, la mortalité infantile urbaine est restée similaire à celle des campagnes. De même, la distinction entre les catégories sociales était encore minime. Les pratiques sociales qu'elles chérissent, telles la mise en nourrice pour les familles aisées, n'engendrent qu'une menace limitée pour les enfants parce qu'elles ne sont pas encore répandues. Néanmoins, la colonie prospère et accuse une forte croissance naturelle qui lui vaut partiellement la perte de cette qualité de vie si appréciée.

À partir du XVIIIe siècle, le territoire perd de plus en plus rapidement sa virginité et accueille le long du fleuve St-Laurent et plus profondément à l'intérieur des terres, les familles qui recherchent de nouveaux sols à exploiter, celles de leurs parents étant saturées. Québec et Montréal connaissent aussi un essor. La colonie a rapidement agencé une organisation politique, administrative et sociale dans ses chefs-lieux de gouvernement qui nécessitent et attirent des gens de qualité pour les présider. Ils importent, introduisent et normalisent la pratique de mise en nourrice qui concourt davantage à distinguer les zones urbaines des zones rurales, essentiellement composées d'agriculteurs et journaliers.

À l'exception de Trois-Rivières qui a toute *l'apparence d'un grand village*, pour reprendre les propos de Pehr Kalm, les villes se développent et dégradent les conditions de vie de ses habitants plus vite qu'en campagne, où l'air demeure encore salubre pour la santé des résidents. Les premiers à souffrir de ces conditions sont les nouveau-nés. Dès 1730, près du quart des enfants décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Le niveau de la mortalité normale croît et réduit l'intensité des crises, qui sont quant à elles, de plus en plus fréquentes, jusqu'à atteindre une probable endogamie. Désormais, la mortalité exogène explique 7 décès infantiles sur 10 dès 1700-1719 dans les villes et à partir de 1740-1759 dans les campagnes. Ce décalage en termes de décennies se justifie aussi par l'absence d'un allaitement maternel dans les catégories sociales aisées qui est effectif dans les villes. En effet, la mise en nourrice infligée aux enfants de nobles, de

fonctionnaires, de bourgeois et d'artisans touche au moins 50% de l'ensemble des nourrissons de ces groupes socio-économiques.

Cette observation est même majorée dans le cas de Montréal, qui se distingue de sa consœur, Québec. La mise en nourrice est probablement l'une des explications de «l'hécatombe montréalaise» que nous avons observée. Le moindre souci d'hygiène commune des Montréalais, la connaissance éventuelle des Québécoises sur les attitudes à adopter pour «sauver les enfants», la sélection des familles à risque (noblesse et bourgeoisie française) qui quittent de la colonie, voire peut-être le climat sont autant d'hypothèses à vérifier.

La fin du Régime Français est aussi marquée par la servitude des habitants aux multiples disettes qui menacent leur vie et celle de leur famille. Les carences alimentaires sustentent leur vulnérabilité aux maladies infectieuses et les femmes risquent de mettre au monde des enfants prématurés et de souffrir d'une déplétion de leurs ressources nutritives et immunitaires transmises à l'enfant. Ce cas de figure a été observé chez les petits canadiens-français. En effet, la mortalité de cause endogène a grimpé de 42% dans les villes entre le début du XVIIIe et la fin de notre période d'observation, alors que le quotient de mortalité endogène est resté stable ($\pm 69\%$) dans les campagnes. L'insalubrité, la promiscuité, une alimentation inadéquate en ville auraient eu gain de cause sur les enfants par le biais de l'état de santé de leur mère.

La correction des niveaux de mortalité infantile assombrit le tableau. Si l'enregistrement des ondoyés décédés s'améliore au fil des décennies, il fut semblable dans toute la colonie mais différentiel selon le sexe de l'enfant. Les petits garçons, socialement privilégiés, le furent aussi au niveau de l'inscription de leur hâtif décès. Bien qu'une surmortalité masculine ait été constatée au cours des deux siècles, elle n'est pas expliquée par l'enregistrement différentiel qui se limite aux ondoyés. La justification de cette surmortalité est plutôt d'ordre biologique. L'enregistrement des décès infantiles, quant à lui, s'est amélioré sur les deux siècles. Les inscriptions manquantes seraient en moyenne passées de plus de 27% à moins de 12%. En conséquence, les quotients de mortalité infantiles estimés rehaussent par translation ceux obtenus des données brutes. Il demeure une surmortalité masculine évidente, des disparités géographiques, surtout pour Montréal, qui accuse des probabilités réduites de survie et conserve son titre

«d'hécatombe» : 50% des petits montréalais trépassèrent avant leur premier anniversaire dès les deux dernières décennies de la colonisation françaises.

Avec de tels résultats qui suggèrent des discordances spatiales et socioculturelles, il était nécessaire de sélectionner les familles susceptibles de se prêter au mieux à une analyse familiale de la mortalité des enfants. Dans notre second axe de recherche, où l'enfant est un membre d'une fratrie, il nous a paru indispensable, pour optimiser nos résultats, de ne retenir que les mères issues des campagnes et ne pratiquant pas d'allaitement mercenaire. Ces femmes devaient remplir la condition d'avoir vécu au moins 45 ans et de ne s'être mariée qu'une fois au cours leur vie reproductive.

La littérature scientifique nous avait instruits de l'intrication de la mortalité infantile avec la reproduction. Même s'il faut reconnaître que porter nos efforts sur l'effet unidirectionnel d'un facteur ou l'impact de deux ou trois d'entres-eux sur la vie d'un enfant n'est pas infructueux, il demeure que cette entreprise est insuffisante pour comprendre les mécanismes en jeu puisqu'elle ne reflète pas la réalité. Cette démarche est néanmoins profitable dans la mesure où elle procure des indices sur la direction et l'évolution des effets mutuels entre les facteurs et sur le moment où ces effets agissent au cours de la période infantile. La réalité des processus entre les deux phénomènes nous contraint à admettre l'absence de causes à effets simplistes et à adopter une méthode d'analyse qui considère davantage de relations causales.

Les analyses ont établi que le destin d'un enfant n'est pas indépendant de celui de chacun des membres de sa fratrie. Certaines femmes sont aussi plus enclines à perdre leurs enfants. Ceci prouve qu'il existe effectivement des mécanismes naturels qui s'imbriquent les uns dans les autres pour constituer une composante familiale de la mortalité infantile. La difficulté est cependant d'admettre quel est, de la reproduction ou de la mortalité infantile, le phénomène qui influence l'autre en premier – indépendamment des interventions volontaires en fécondité.

La santé de la mère ainsi que celle des membres de la fratrie ne sont pas étrangères à cette composante. Les résultats ont mis en évidence qu'une mère plus âgée est physiologiquement moins apte à donner naissance à des enfants en santé d'autant plus qu'elle est déjà susceptible d'avoir expérimenté des grossesses répétées. Dès lors, la

mère subit un épuisement physiologique qui se traduit par une déplétion de ses ressources. L'allaitement maternel est moins substantiel, les montées de lait moins fréquentes, sinon interrompues par une nouvelle grossesse. Ceci réduit l'intervalle intergénéral, lèse en conséquence la survie du dernier-né et augmente les risques de mourir du prochain enfant. Les soins parentaux jouent aussi un rôle prépondérant. Outre une compétition fraternelle, l'attention maternelle est d'autant plus sollicitée que la famille s'agrandit. La surcharge des tâches ménagères réduit la vigilance de la mère qui peut involontairement être la source de négligences parentales. A l'opposé, les mères adolescentes souffrent d'une immaturité physique et d'une inexpérience en termes de soins maternels liées à leur jeune âge et qui influencent la vie de leurs petits.

Ce ne serait qu'être pessimiste de terminer ici nos réflexions. Les mères âgées ont aussi acquis une expérience en maternité qui est certainement bénéfique pour l'enfant et qui nuance l'effet brut de l'âge maternel sur la vie des tout-petits. Ce n'est pas parce qu'une mère est âgée qu'elle perd nécessairement ses enfants. Ceci est d'autant plus vrai qu'en fin de vie reproductive, la moindre fécondabilité des mères allonge la durée de l'intervalle intergénéral qui devient à son tour bienfaisant pour l'enfant et aussi son cadet. De plus, même si la parité indique la taille de la descendance, il demeure que le rang d'un enfant dans une fratrie «vivante» n'est pas forcément égal à son rang biologique à partir du moment où des aînés sont décédés. Dès lors, un enfant de rang n pour lequel des aînés sont décédés ne signifie pas nécessairement qu'il a plus de risques de mourir. Sa mère pourrait davantage lui accorder des soins et de l'attention favorables à sa survie.

A ceci s'ajoute un effet de période qui menace la vie des nourrissons. L'impact de la dégradation des conditions de vie au XVIIIe siècle s'est révélé suffisamment majeur dans la période post-néonatale pour être visible dans l'analyse multivariée de la période infantile. Malgré la fréquence des épidémies et des disettes et même si la mortalité endogène s'est accrue après 1740, l'impact des conditions exogènes n'a pas affecté significativement la vie des nouveau-nés dans leur période néonatale. Ceci n'est pas surprenant en somme puisque le bagage génétique ne peut subir de transformations fondamentales à court terme.

En outre, il ne faut pas oublier que nos modèles multivariés ont porté exclusivement sur les mères rurales ayant vécu au-delà de leur 45^{ème} anniversaire, mariées une seule

fois au cours de leur vie reproductive et sur les enfants de rang deux et plus. Conséquemment, la sélection de départ implique que les mères répondant à nos critères étaient à la fois robustes pour avoir franchi le cap de la première naissance – pour certaines à l'adolescence – et survécu aux grossesses répétées jusqu'à la fin de leur vie reproductive. Il est probable que ces mères aient transmis leur robustesse à leurs enfants. C'est pourquoi l'effet de l'âge maternel dans la période endogène est supprimé lors de l'introduction des autres facteurs.

Au-delà du cadre familial et fraternel, le destin d'un enfant s'est aussi trouvé lié à celui des membres de la génération précédente. Des mères ne souffrent d'aucune perte d'enfant alors qu'à l'opposé, une minorité contribue pour une majorité des décès infantiles, quand bien même la taille de la fratrie, qui constitue un facteur confondant, est contrôlée. Puisque certaines femmes semblaient être prédisposées à perdre leurs enfants, nous avons souhaité vérifier si cette inclination était héritée de mère en filles. Effectivement, une relation entre la proportion d'enfants perdus par une fille et celle de sa mère s'est clairement manifestée. Une partie de cette association serait néanmoins expliquée par un effet de période.

Ceci dit, la mortalité infantile aurait pu être abordée de multiples façons. Les deux axes de recherches privilégiés nous semblent constituer une solide assise pour de futurs projets. Toutefois, tout n'a pas encore été dit sur la mortalité des enfants dans le Québec ancien. Il demeure encore des zones d'ombre qui génèrent de nouvelles questions de recherche. Quelle est la saisonnalité des décès infantiles, néonataux ou post-néonataux? Qu'est ce qui explique la stabilité des niveaux de mortalité après la Conquête? Jusqu'à quand s'installe-t-elle? Perçoit-on une diminution avant la généralisation du vaccin antivariolique d'Edward Jenner? Quelle est l'évolution du phénomène après 1780? Quel est le rythme de sa décroissance jusqu'au XXe siècle? Quel est l'impact de l'introduction de nouvelles maladies (cholera, influenza) au XIXe siècle sur la vie des enfants? Quel sont les tentatives de préventions entreprises à ce sujet? Quel est l'impact, au niveau fraternel et familial, de la décroissance des niveaux de mortalité? Quelles caractéristiques expliquent le mieux le risque de décéder d'un enfant issu d'une mère à haut-risque ou à très haut-risque? La transmission intergénérationnelle de la mortalité infantile est-elle plus culturelle (exogène) ou plus génétique (endogène)?

Alors qu'en France, la mortalité commençait à décroître en même temps que la fécondité, il se passait l'inverse dans la colonie au XVIIIe siècle sans qu'aucun contrôle des naissances ne transparaisse. La population canadienne-française forme un laboratoire de recherche unique dont il reste encore beaucoup à découvrir pour le bénéfice des sciences. Même si Dieu rappela jadis auprès de Lui tant d'innocentes âmes, les Canadiens-français prirent, un jour béni, leurs enfants par la main afin que vive longtemps leur peuple.

ANNEXE 1.1A

ORDONNANCE DE VAUDREUIL ET DE BÉGON PRESCRIVANT DIVERSES MESURES 20 OCTOBRE 1721

La maladie contagieuse qui s'est répandue dans la ville de Marseille et ensuite à Toulon, ayant fait prendre dans le Royaume et dans les pays étranger les précautions qui ont été jugées les meilleures pour s'en garantir et étant nécessaire de suivre cet exemple pour éviter qu'elle se communique en ce pays cy.

Nous ordonnons aux Capitaines ou Maistres des Navires, Batteaux, ou Brigantins, qui seront partis des ports de la Méditerranée ou qui y auront touché, qui viendront icy, de mouiller a la rade de la prairie de l'Isle aux Coudres, et que ceux qui auront du Canon ou des pierriers tireront trois coups à un quart d'heure de distance l'un de l'autre, et que ceux qui n'en auront point tireront trois coups de fusils aussy à un quart d'heure de distance l'un de l'autre, et mettront en mesme temps leur pavillon en Berne, et reitereront le mesme signal de deux heures en deux heures, jusqu'à ce que ceux chargez d'aller a leur bord, y soient arrivez; leur faisons deffenses d'envoyer leurs chaloupes à terre de laisser débarquer aucun homme de l'équipage ou passager, et de communiquer avec aucun habitant de la Colonie a peine contre le Capitaine, Maistre, et ceux qui pourroient estre descendus a terre de punition corporelle; leurs deffendons aussy de débarquer des Marchandises a peine de perte desd[ites] Marchandises qui seront brulées sur le lieu ou elles se trouveront après avoir été débarquées a la diligence de ceux qui seront chargez de la visite desd[its] bastimens sans aucune formalité de Justice ny procedure. Ordonnons aux habitans qui seront chargez de la visite desd[its] bastimens d'y aller aussy tost qu'ils auront entendus et remarquez lesdits signaux, et lors qu'ils en seront assez proches pour se faire entendre de demander d'où vient le Navire, en quels ports il a touché en venant en cette Colonie, si la maladie contagieuse etois dans aucuns de ces ports, s'ils ont eu abord des malades pendant leur traversée, s'il en est mort, combien, et de quelle maladie, s'il y a actuellement des malades, le nombre et quelle est leur maladie, ils s'informeront ensuite s'ils ont besoin de vivre et de rafraichissemens au quel cas il leur indiqueront le lieu de la coste ou il leur sera apporté ce qu'ils auront demandé, au quel lieu il sera mis un poteau pour servir de marque afin qu'on puisse y envoyer desd[its] bastimens pour les charger, après que les habitans qui les y auront portez se seront retirez.

Faisons deffenses sous les mesmes peines aux Capitaines ou Maistres desd[its] bastiment de partir aud[it] mouillage pour venir en cette rade, quand mesme il n'y auroit point de malades & qu'ils seroient partis des ports de la Méditerranée ou il ny a point de maladie contagieuse, qu'après que sur l'avis que nous aurons eu de leur arrivée et le rapport qui nous aura été fait par les medecins ou chirurgiens qui en auront fait la visite, ils en aurons receu de nous la permission par escrit.

Faisons ces expresses inhibitions et deffenses sous les mesmes peines à tous les habitans de cette Colonie, autres que ceux qui seront par nous Commis d'aller auxdits bastimens, leurs porter des vivres, et communiquer avec les equipages ou passagers sous quelque pretexte que ce soit, et sera la presente ordonnance leue, publiée & affichée partout ou besoin sera a ce que personne n'en ignore.

Mandons etc. fais a Quebec le Vingt octobre mil Sept cent vingt un signé Vaudreuil et Begon

ANNEXE 1.1BDÉLIBÉRATION DU CONSEIL DE MARINE SUR UNE LETTRE DE VAUDREUIL ET BÉGON
4 NOVEMBRE 1721

Sur la lettre que le Conseil leur a écrit le 6 Juillet dernier sur les precautions a prendre pour éviter que la maladie contagieuse qui étoit en Provence ne se communique en Canada, ils ont rendu l'ord^{ce} [ordonnance] dont ils envoyent copie portant que les batimens qui viendront de la Méditerranée dans la colonie mouillerons a la prairie de l'Isle aux coudres et y resterons jusqu'à ce qu'ils ayent reçu une permission du Gouverneur et Intendant par écrit de monter a Quebec.

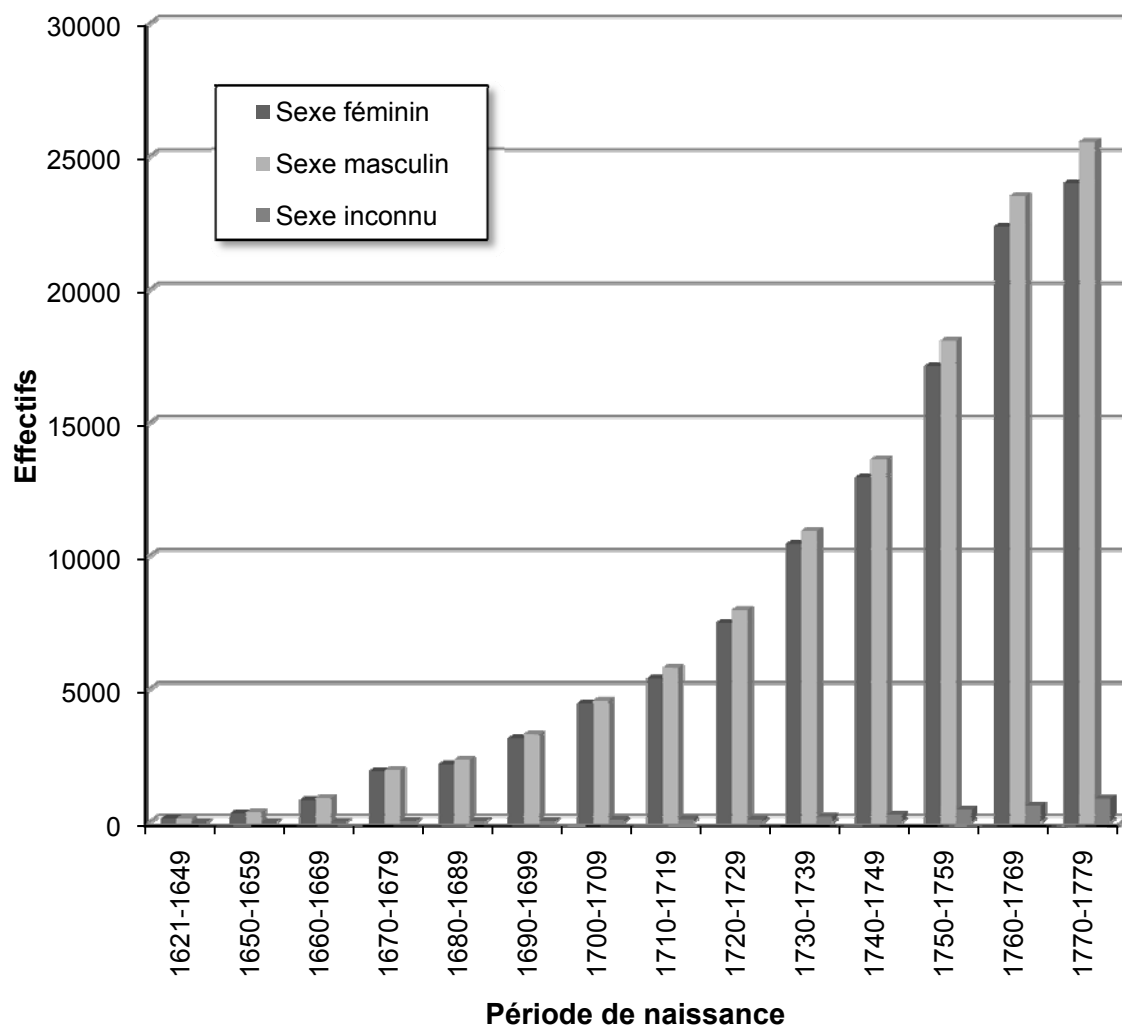
Ils croyent qu'il seroit necessaire que cette condition fut incerée dans les passeports qui seront delivrés aux Navires qui armeront dans les Ports de la Méditerranée pour Quebec quand meme ils auroient touché a l'Isle Royale.

Fait et arrêté le 12 Jan^{er} 1722

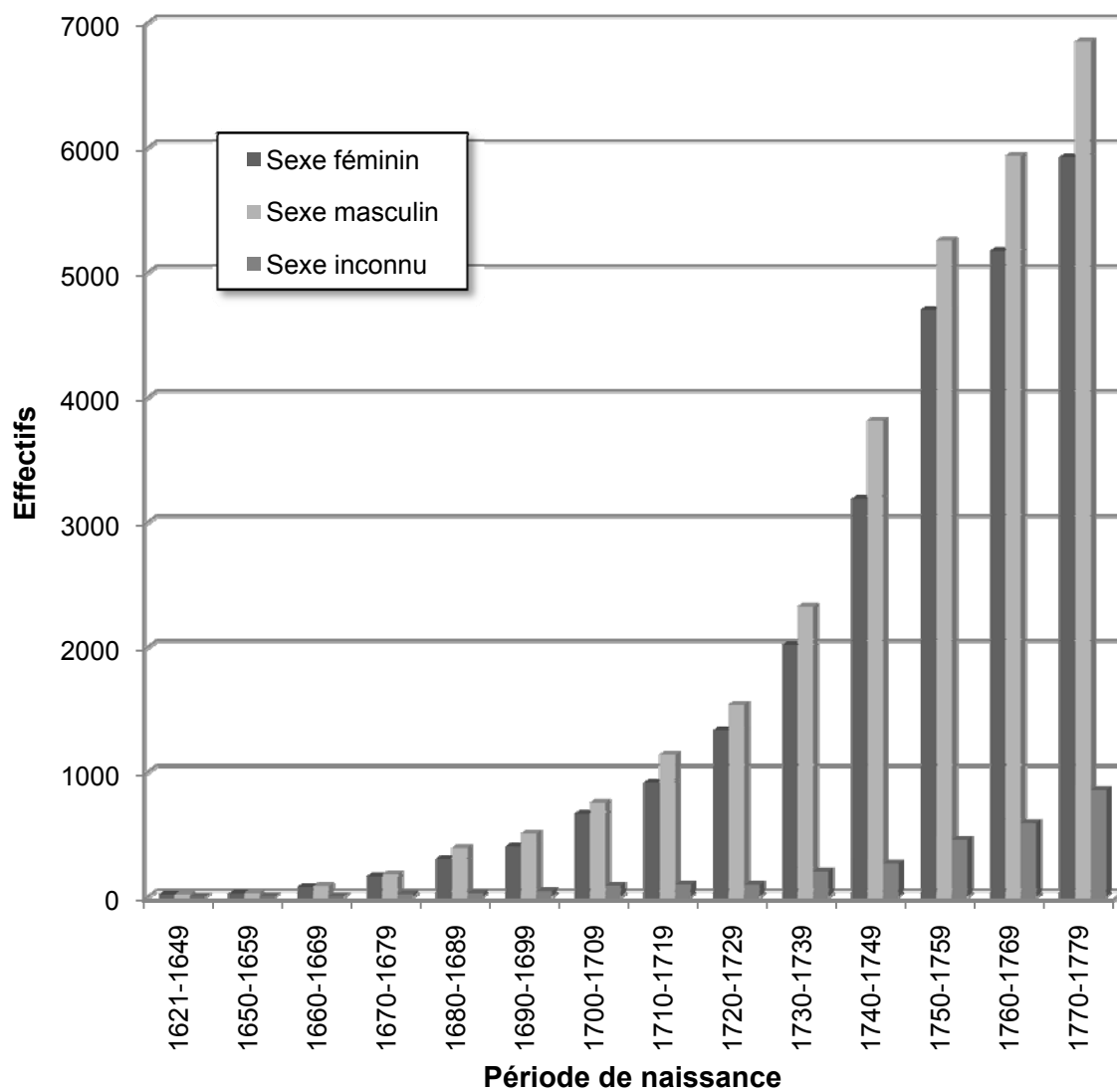
L.A. de Bourbon

ANNEXE 2.1

EFFECTIFS DES ACTES DE BAPTÊMES PAR PÉRIODE DÉCENNALE ET PAR SEXE



ANNEXE 2.2

EFFECTIFS DES ACTES DE SÉPULTURE PAR PÉRIODE DÉCENNALE ET PAR SEXE
POUR LES MOINS DE UN AN

ANNEXE 2.3

RÉPARTITION DES PROFESSIONS CITÉES DANS NOTRE POPULATION SELON LES CATÉGORIES SOCIALES

SEIGNEURS ET OFFICIERS MILITAIRES

Capitaine	Écuyer
Capitaine de milice	Major
Capitaine, lieutenant de port	Officier de milice
Chevalier, baron, marquis	Rentier
Directeur des forges	Seigneur

MARCHANDS ET FONCTIONNAIRES

Administrateur d'un hôpital	Huissier
Archer, garde de château, de port	Maître de poste
Avocat	Maître d'hôtel
Bedeau	Marchand
Bourgeois	Marchand pelletier, fourreur
Chirurgien	Marguillier
Clerc du séminaire	Négociant
Commis	Notaire
Directeur de la compagnie de l'acadie	Préfet de la congrégation
Garde-magasin, trésorier	Procureur du roi
Gouverneur, conseiller du roi	Secrétaire de l'évêque

ARTISANS

Architecte	Entrepreneur en maçonnerie
Armurier	Fabricant de tabac, huile, savon
Artisan	Fendeur de bois
Boulangier	Ferblantier
Brasseur	Fondeur
Briquetier	Forgeron
Calfat	Inspecteur, ramoneur de cheminées
Cardeur	Jardinier
Chandelier	Macon
Chapelier	Menuisier
Charpentier	Meunier
Charpentier de navire	Orfèvre
Charron	Pâtissier
Constructeur, charpentier des navires du roi	Peintre
Cordier	Perruquier
Cordonnier	Potier
Corroyeur	Poulier
Couvreur	Presseur d'huile, vinaigrier
	Sabotier

Saulnier
 Scieur de long
 Sculpteur, peintre
 Sellier
 Serrurier
 Taillandier, cloutier
 Tailleur
 Tailleur de pierre

Tanneur
 Tapissier
 Teinturier
 Tisserand
 Tonnelier
 Vannier, empailleur
 Vitrier
 Voilier

GENS DE MÉTIER (DIVERS)

Charbonnier
 Chauffeur
 Boucher
 Contremaître
 Navigateur
 Aubergiste

Charretier
 Traiteur
 Maître d'école
 Apprenti (futur artisan)
 Pêcheur

HABITANTS

Cultivateur
 Habitant
 Fermier

Défricheur
 Laboureur
 Vacher

VOYAGEURS

Voyageur

Matelot

SOLDATS, JOURNALIERS ET DOMESTIQUES

Milicien
 Prisonnier
 Faux-Saulnier
 Mendiant
 Journalier
 Manœuvre

Volontaire, engagé
 Domestique
 Esclave
 Anspessade, caporal
 Sergent, soldat

ANNEXE 3.1

LISTE CHRONOLOGIQUE DES ÉVÈNEMENTS (MALADIE, GUERRE, DISETTE)
IDENTIFIÉES SELON DIVERSES SOURCES

Les sources recensées dans ce tableau ne s'accordent pas toujours sur un même évènement, c'est pourquoi nous avons tenu d'inscrire toutes les identifications qu'elles soient spécifiées ou non. Ces sources ne mentionnent que très rarement les individus (enfants, adultes, canadiens, acadiens ou immigrants) qui ont été les plus affectés par les évènements.

ANNÉE	ÉVÈNEMENT	SOURCES
1640	Variole	Roy (1923); Jobin (1947)
1659	Typhus	Goulet et Paradis (1992)
1665	Typhus	Goulet et Paradis (1992)
1669-1670	Variole (Rive-Nord du St-Laurent)	Goulet et Paradis (1992)
1685	Typhus	Goulet et Paradis (1992)
	Variole	Jobin (1947)
1687-1688	Typhus (Fièvre pourprée)	Charbonneau et al. (1987); Landry (1992); Charbonneau (1995)
	Rougeole	Louise Dechêne (1974); Lessard (1989)
	Variole	Goulet et Paradis (1992)
	Typhus et Rougeole	Denonville (1687); Rhéault (2004)
	Fluxion de poitrine	Denonville et Champigny (1687);
1689-1694	Guerres intercoloniales et disette (Montréal)	Louise Dechêne (1974)
1697	Variole (Région de Québec)	Goulet et Paradis (1992)
1699	Variole	Charbonneau et al. (1987)
	Typhus?	Charbonneau (1995)
	Fièvres (Montréal)	Louise Dechêne (1974)
	Variole (Québec)	Goulet et Paradis (1992)
	Non précisée	De Callière et De Champigny (1699); Lessard (1989)
1699-1714	Misère à Montréal	Louise Dechêne (1974)
1700	Grippe	Roy (1923) ; Charbonneau et al. (1987); Lessard (1989); Goulet et Paradis (1992); Landry (1992)
1701	Maladie contagieuse	De Callière et De Champigny
	Variole	Jobin (1947)
1702-1703	Variole	St-Ignace de Juchereau (1702); De Callière et De Beauharnois (1702-1703); La Compagnie de la colonie (1703) ; Roy (1923); Charbonneau et al. (1987); Lessard (1989); Goulet et Paradis (1992);

		Charbonneau (1995); Rhéault (2004)
	Petite vérole pourpre et flux de sang (Montréal)	Beauharnois (1703); Louise Dechêne (1974)
1708	Non précisée	Charbonneau et al. (1987); Landry (1992)
1709 -1710	Fièvre jaune ou Mal de Siam	Goulet et Paradis (1992)
1710-1711	Fièvre jaune ou Mal de Siam	Roy (1923); Charbonneau et al. (1987); Landry (1992)
	Typhus et Rougeole	Lessard (1989); Rhéault (2004)
1713-1744	Paix de Trente ans	Lacoursière (2001)
	Non précisée	Landry (1992)
1714-1715	Rougeole	Charbonneau et al. (1987); Lessard (1989); Goulet et Paradis (1992); Charbonneau (1995)
	Typhus et Rougeole	Rhéault (2004)
1715	Non précisée	Lessard (1989)
1718	Typhus	Goulet et Paradis (1992); Landry (1992)
	Fièvres malignes	Roy (1923)
1730	Variole	Goulet et Paradis (1992)
	Rougeole	Charbonneau (1995)
	Typhus et Rougeole	Lessard (1989); Rhéault (2004)
	Disette	Henripin (1954)
1731	Non précisée	Lessard (1989)
1732-1733	Variole	St-Ovide (1732-1733); Beauharnois (1733); Chirurgien-major Bertier (1733); Hocquart (1733); Jobin (1947); Lessard (1989); Goulet et Paradis (1992); Charbonneau (1995)
1737-1738	Disette	Lacoursière (2001)
1740	Typhus (Québec)	Goulet et Paradis (1992)
	Variole	Goulet et Paradis (1992)
	Fièvres	Roy (1923)
1742	Typhus (Île de Montréal)	Goulet et Paradis (1992)
1742-1744	Disette	Lacoursière (2001)
1744	Fièvres malignes Fièvres putrides	Gaultier (1744)
1745	Variole	Goulet et Paradis (1992)
1747	Variole	Goulet et Paradis (1992)
1748-1750	Typhus	Charbonneau (1995)
1755	Variole	Lessard (1989); Goulet et Paradis (1992); Charbonneau (1995); Rhéault (2004);
	Typhus	Charbonneau (1995)
1756	Variole	Vaudreuil de Cavagnial (1756); Montcalm (1756)
	Typhus (Québec)	Goulet et Paradis (1992); Charbonneau (1995)
	Fièvres	Roy (1923)
1756-1763	Guerre de sept ans	Lacoursière (2001)

	Fièvres	Roy (1923)
1757	Variole (Québec)	Goulet et Paradis (1992)
	Variole	Lessard (1989); Rhéault (2004)
	Typhus (Québec)	Goulet et Paradis (1992)
1757-1758	Disette	Correspondance de Vaudreuil (1757); Montcalm (1757)
	Variole (Acadiens réfugiés à Québec)	Roy (1923); Charbonneau (1995)
1758	Fièvres	Roy (1923)
1759	Variole	Goulet et Paradis (1992); Charbonneau (1995)
1760	Disette	Lacoursière (2000)
1766	Variole	Goulet et Paradis (1992)
1768	Fièvres ou typhus (Québec)	Goulet et Paradis (1992)
1769	Variole	Goulet et Paradis (1992)
1773-1791	Syphilis ou Mal de la Baie St-Paul (apparition puis épidémie)	Goulet et Paradis (1992); Lessard (1995)
1775-1776	Variole (Québec)	Goulet et Paradis (1992); Lacoursière (2000)

ANNEXE 3.2A

RÉPARTITION DES INTERVALLES INTERGÉNÉSIQUES SUIVANT LES NAISSANCES D'ENFANTS VIVANT PLUS D'UN AN SELON LEUR DURÉE EN MOIS (QUÉBEC) (SEIGNEURS ET OFFICIERS MILITAIRES SEULEMENT)

Période	Nombre total d'intervalles	Longueur des intervalles				Pourcentage d'intervalle	
		Jusqu'à 18 mois	19 mois et plus	Jusqu'à 20 mois	21 mois et plus	Jusqu'à 18 mois	Jusqu'à 20 mois
Avant 1680	132	30	102	41	91	22,7	31,1
1680-1699	257	113	144	142	115	44,0	55,3
1700-1719	222	104	118	129	93	46,8	58,1
1720-1739	308	176	132	214	94	57,1	69,5
1740-1759	283	169	114	204	79	59,7	72,1
1760-1779	149	98	51	108	41	65,8	72,5
Total	1 351	690	661	838	513	51,1	62,0

Note : les derniers intervalles et ceux de 36 mois et plus sont exclus

ANNEXE 3.2B

RÉPARTITION DES INTERVALLES INTERGÉNÉSIQUES SUIVANT LES NAISSANCES D'ENFANTS VIVANT PLUS D'UN AN SELON LEUR DURÉE EN MOIS (QUÉBEC) (MARCHANDS ET FONCTIONNAIRES SEULEMENT)

Période	Nombre total d'intervalles	Longueur des intervalles				Pourcentage d'intervalle	
		Jusqu'à 18 mois	19 mois et plus	Jusqu'à 20 mois	21 mois et plus	Jusqu'à 18 mois	Jusqu'à 20 mois
Avant 1680	132	30	102	41	91	22,7	31,1
1680-1699	257	113	144	142	115	44,0	55,3
1700-1719	222	104	118	129	93	46,8	58,1
1720-1739	308	176	132	214	94	57,1	69,5
1740-1759	283	169	114	204	79	59,7	72,1
1760-1779	149	98	51	108	41	65,8	72,5
Total	1 351	690	661	838	513	51,1	62,0

Note : les derniers intervalles et ceux de 36 mois et plus sont exclus

ANNEXE 3.2C

RÉPARTITION DES INTERVALLES INTERGÉNÉSIQUES SUIVANT LES NAISSANCES D'ENFANTS VIVANT PLUS D'UN AN SELON LEUR DURÉE EN MOIS (QUÉBEC) (ARTISANS SEULEMENT)

Période	Nombre total d'intervalles	Longueur des intervalles				Pourcentage d'intervalle	
		Jusqu'à 18 mois	19 mois et plus	Jusqu'à 20 mois	21 mois et plus	Jusqu'à 18 mois	Jusqu'à 20 mois
Avant 1680	191	39	152	54	137	20,4	28,3
1680-1699	249	69	180	93	156	27,7	37,3
1700-1719	305	99	206	141	164	32,5	46,2
1720-1739	855	316	539	444	411	37,0	51,9
1740-1759	1 094	454	640	579	515	41,5	52,9
1760-1779	606	231	375	294	312	38,1	48,5
Total	3 300	1 208	2 092	1 605	1 695	36,6	48,6

Note : les derniers intervalles et ceux de 36 mois et plus sont exclus

ANNEXE 3.3A

RÉPARTITION DES INTERVALLES INTERGÉNÉSIQUES SUIVANT LES NAISSANCES D'ENFANTS VIVANT PLUS D'UN AN SELON LEUR DURÉE EN MOIS (MONTRÉAL) (SEIGNEURS ET OFFICIERS MILITAIRES SEULEMENT)

Période	Nombre total d'intervalles	Longueur des intervalles				Pourcentage d'intervalle	
		Jusqu'à 18 mois	19 mois et plus	Jusqu'à 20 mois	21 mois et plus	Jusqu'à 18 mois	Jusqu'à 20 mois
Avant 1680	23	5	18	5	18	21,7	21,7
1680-1699	74	33	41	45	29	44,6	60,8
1700-1719	112	51	61	63	49	45,5	56,3
1720-1739	56	28	28	33	23	50,0	58,9
1740-1759	37	24	13	27	10	64,9	73,0
1760-1779	23	18	5	19	4	78,3	82,6
Total	325	159	166	192	133	48,9	59,1

Note : les derniers intervalles et ceux de 36 mois et plus sont exclus

ANNEXE 3.3B

RÉPARTITION DES INTERVALLES INTERGÉNÉSIQUES SUIVANT LES NAISSANCES D'ENFANTS VIVANT PLUS D'UN AN SELON LEUR DURÉE EN MOIS (MONTRÉAL) (MARCHANDS ET FONCTIONNAIRES SEULEMENT)

Période	Nombre total d'intervalles	Longueur des intervalles				Pourcentage d'intervalle	
		Jusqu'à 18 mois	19 mois et plus	Jusqu'à 20 mois	21 mois et plus	Jusqu'à 18 mois	Jusqu'à 20 mois
Avant 1680	43	3	40	3	40	7,0	7,0
1680-1699	87	38	49	50	37	43,7	57,5
1700-1719	160	79	81	99	61	49,4	61,9
1720-1739	200	116	84	138	62	58,0	69,0
1740-1759	113	77	36	88	25	68,1	77,9
1760-1779	99	56	43	65	34	56,6	65,7
Total	702	369	333	443	259	52,6	63,1

Note : les derniers intervalles et ceux de 36 mois et plus sont exclus

ANNEXE 3.3C

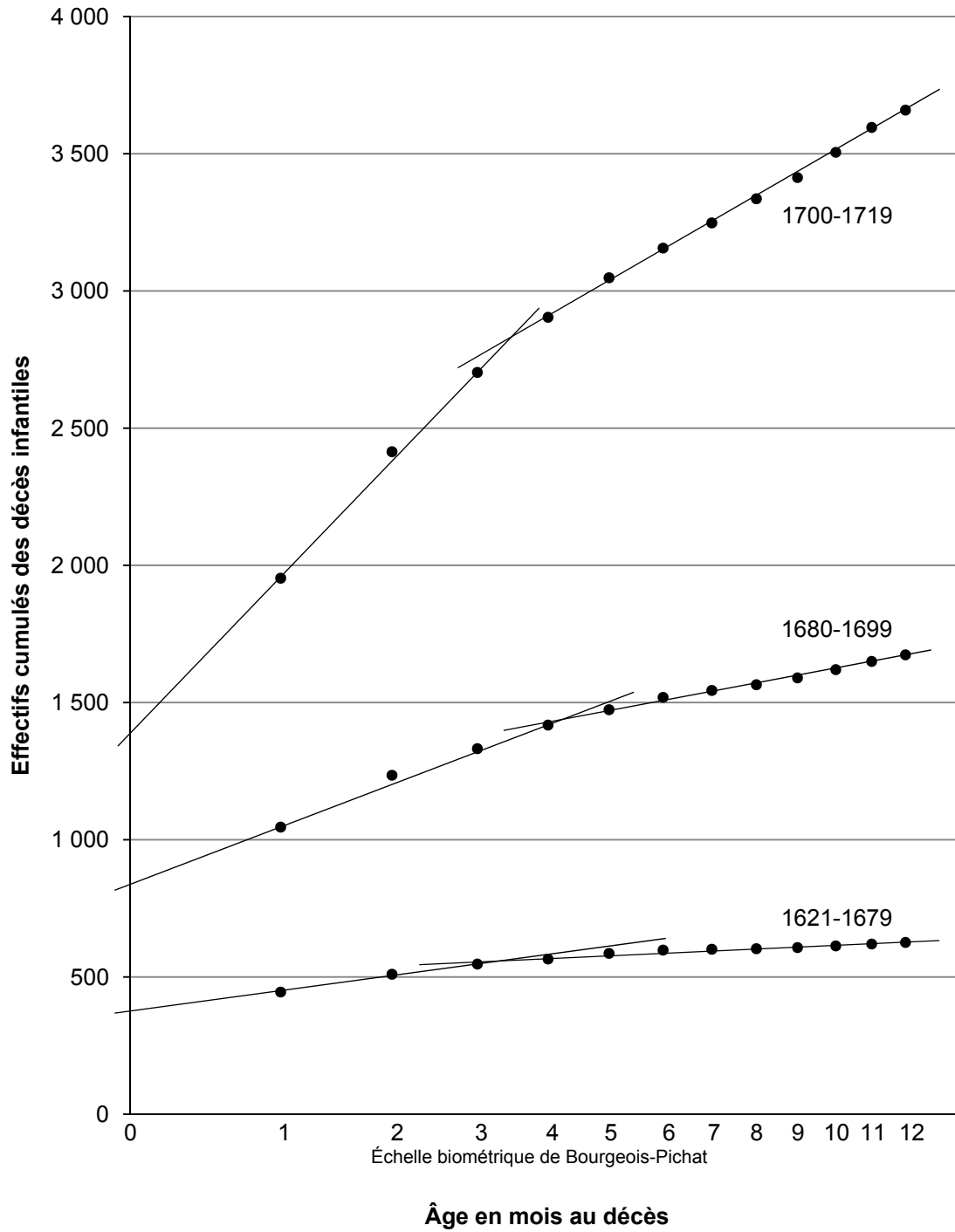
RÉPARTITION DES INTERVALLES INTERGÉNÉSIQUES SUIVANT LES NAISSANCES D'ENFANTS VIVANT PLUS D'UN AN SELON LEUR DURÉE EN MOIS (MONTRÉAL) (ARTISANS SEULEMENT)

Période	Nombre total d'intervalles	Longueur des intervalles				Pourcentage d'intervalle	
		Jusqu'à 18 mois	19 mois et plus	Jusqu'à 20 mois	21 mois et plus	Jusqu'à 18 mois	Jusqu'à 20 mois
Avant 1680	82	11	71	18	64	13,4	22,0
1680-1699	161	27	134	42	119	16,8	26,1
1700-1719	390	134	256	186	204	34,4	47,7
1720-1739	625	272	353	358	267	43,5	57,3
1740-1759	472	209	263	275	197	44,3	58,3
1760-1779	304	143	161	185	119	47,0	60,9
Total	2 034	796	1 238	1 064	970	39,1	52,3

Note : les derniers intervalles et ceux de 36 mois et plus sont exclus

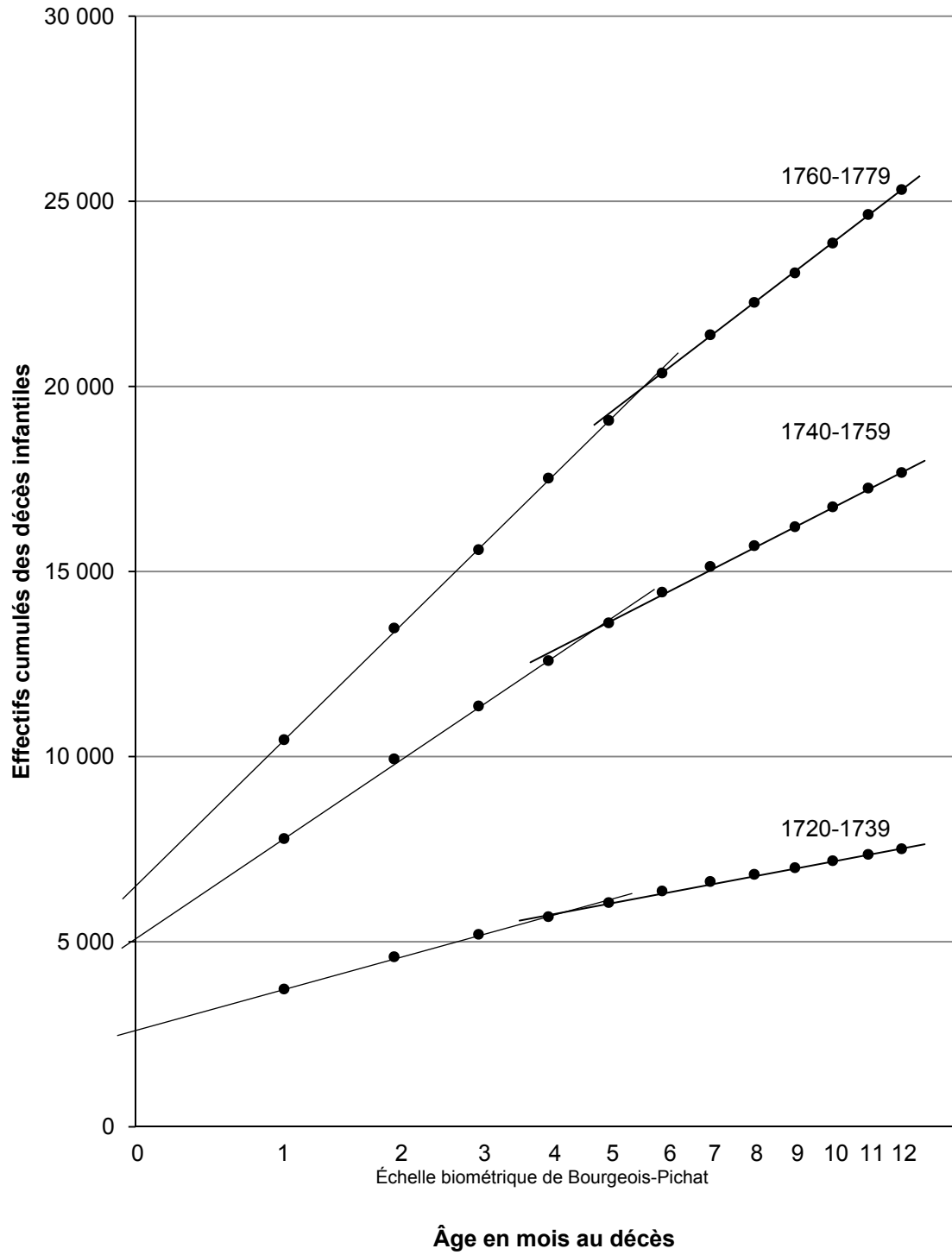
ANNEXE 3.4

DÉCÈS INFANTILES CUMULÉS SELON LE GROUPE DE GÉNÉRATIONS (1621-1719)
(ENSEMBLE DU TERRITOIRE)



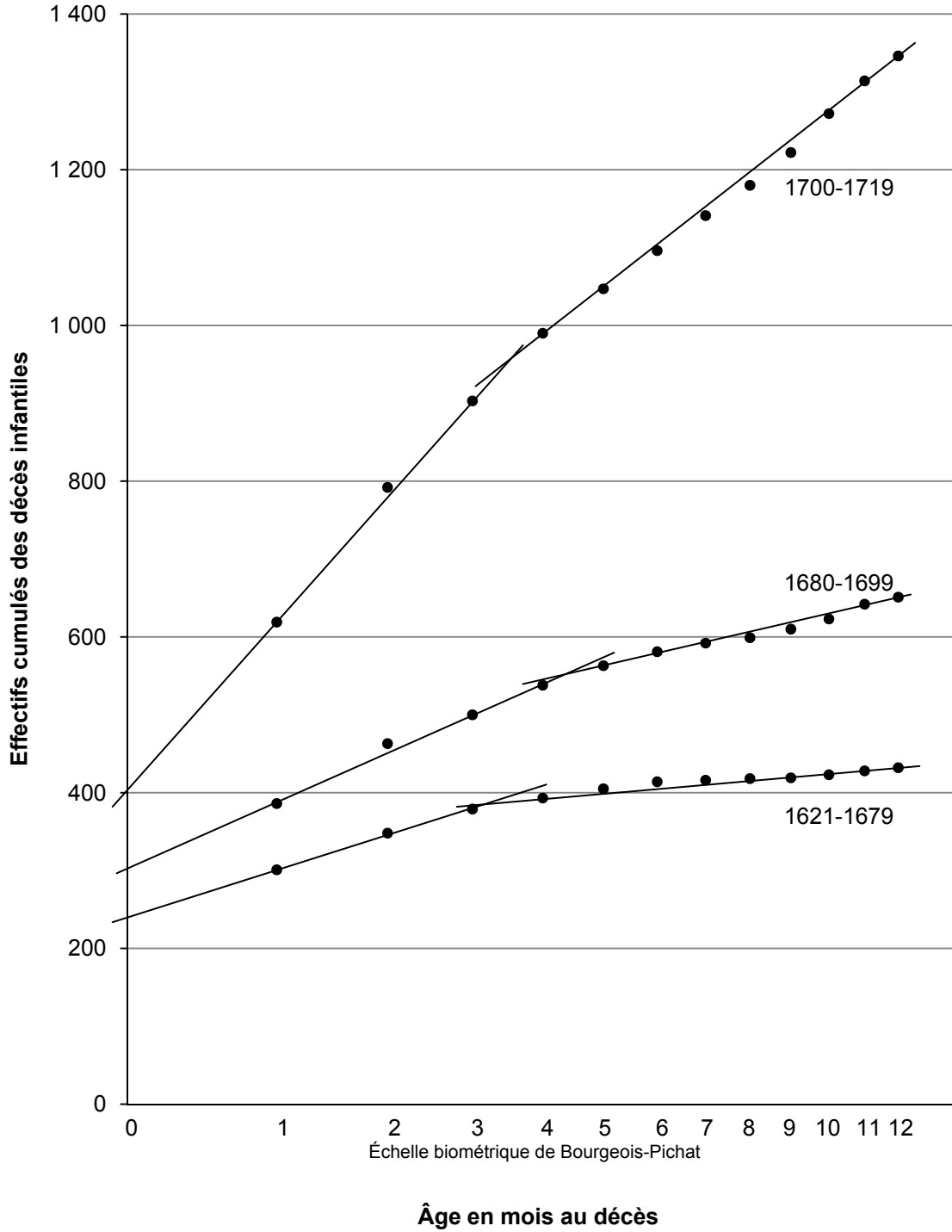
ANNEXE 3.5

DÉCÈS INFANTILES CUMULÉS SELON LE GROUPE DE GÉNÉRATIONS (1720-1779)
(ENSEMBLE DU TERRITOIRE)



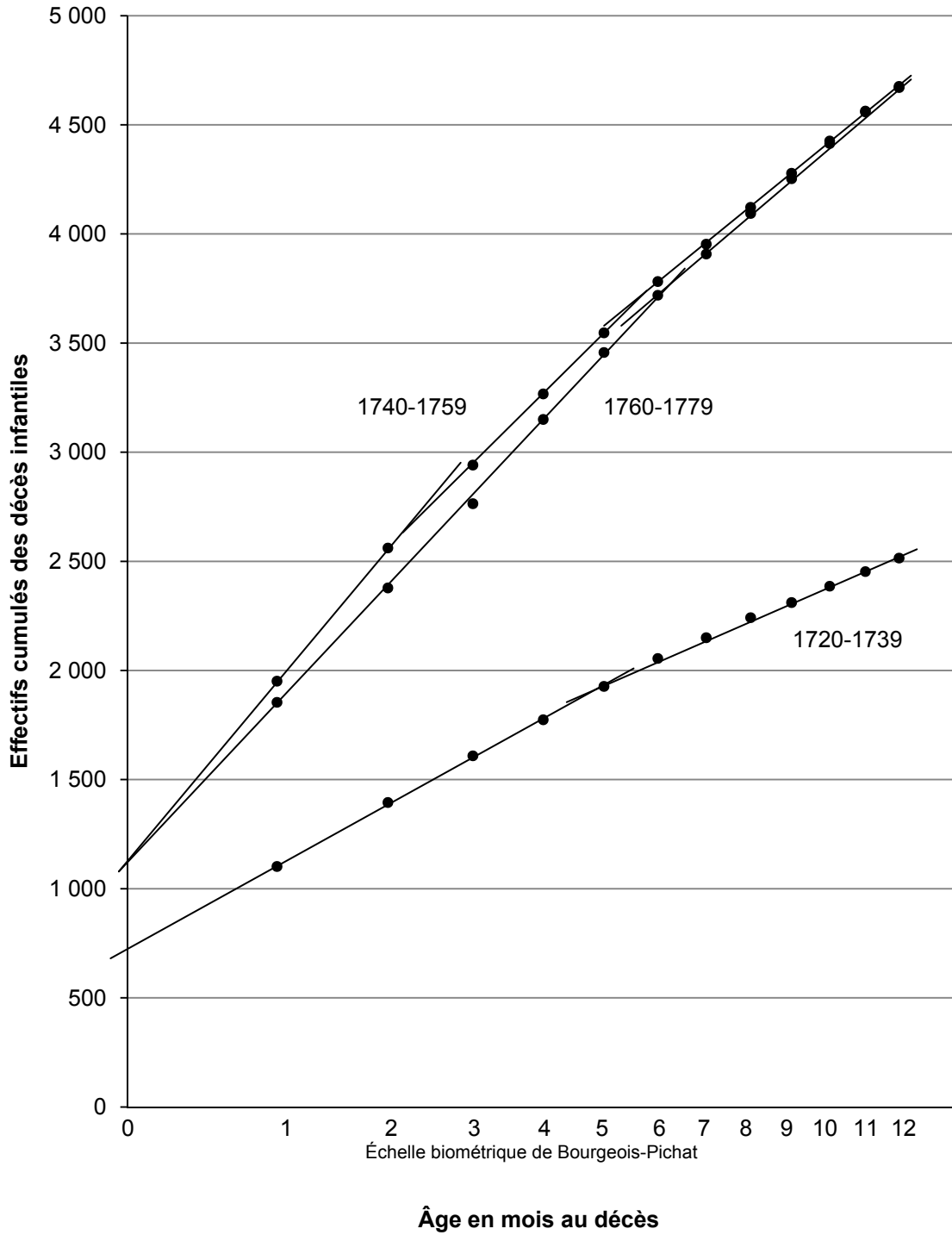
ANNEXE 3.6

DÉCÈS INFANTILES CUMULÉS SELON LE GROUPE DE GÉNÉRATIONS (1621-1719)
(PAROISSES URBAINES)



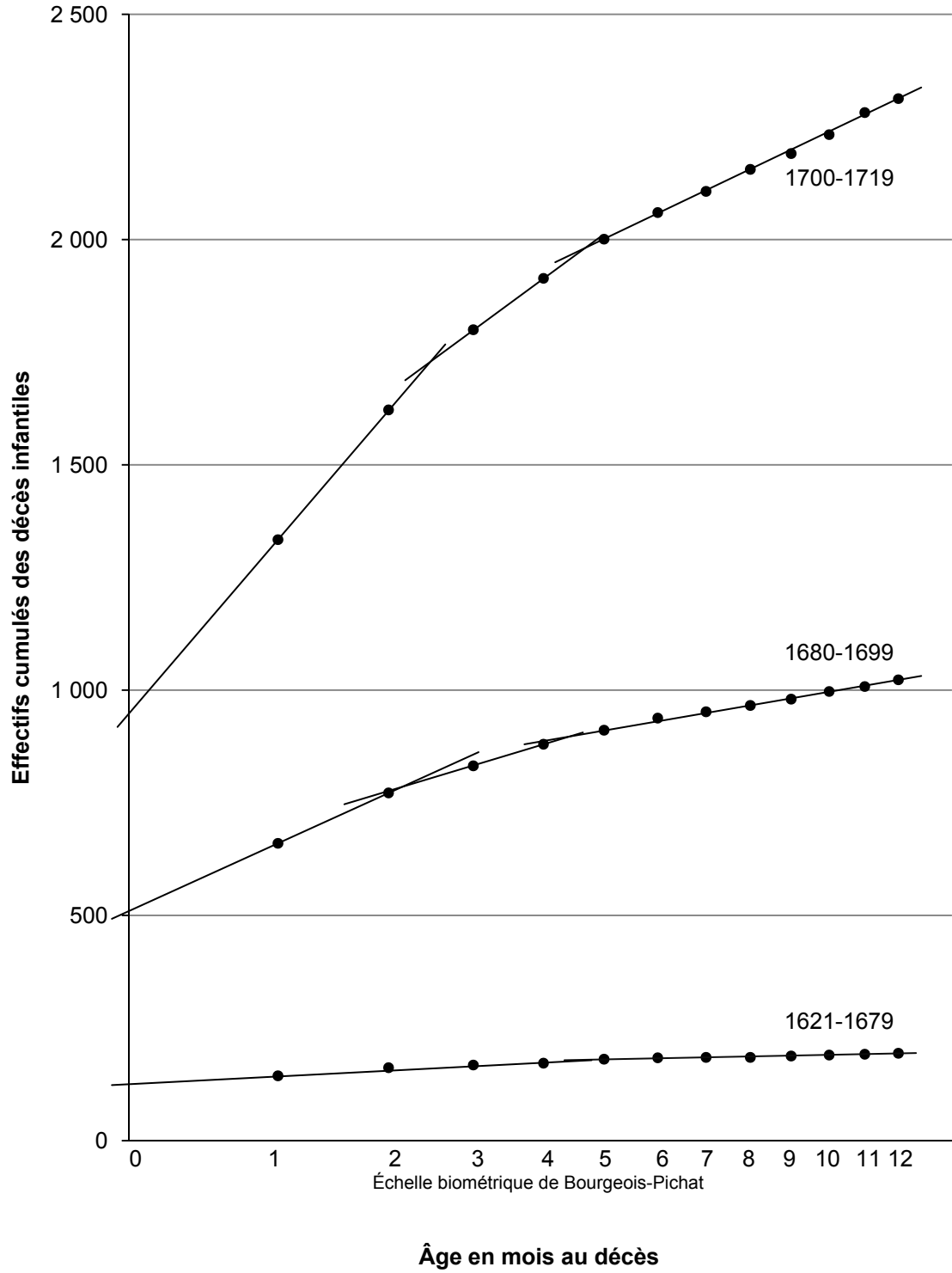
ANNEXE 3.7

DÉCÈS INFANTILES CUMULÉS SELON LE GROUPE DE GÉNÉRATIONS (1720-1779)
(PAROISSES URBAINES)



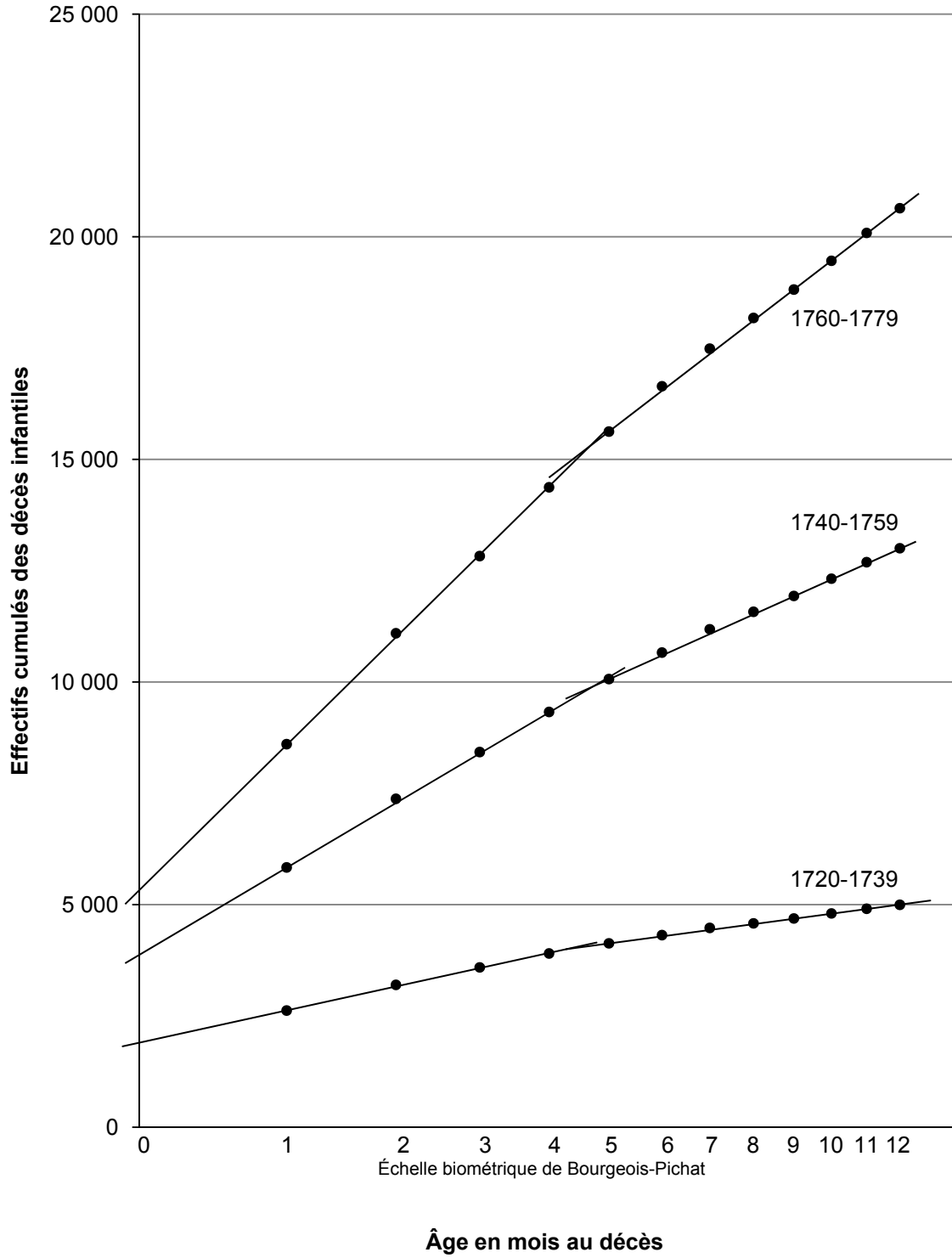
ANNEXE 3.8

DÉCÈS INFANTILES CUMULÉS SELON LE GROUPE DE GÉNÉRATIONS (1621-1719)
(PAROISSES RURALES)



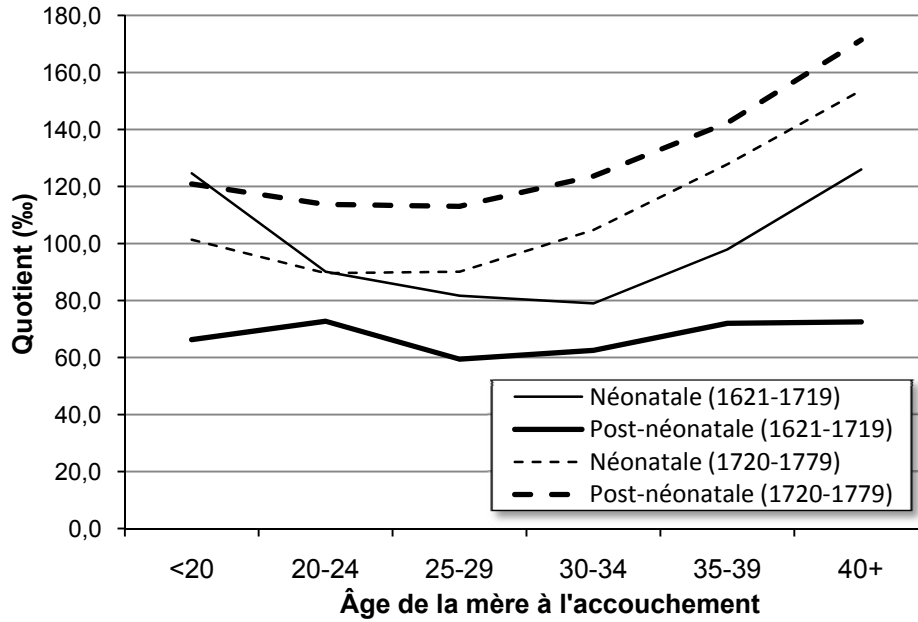
ANNEXE 3.9

DÉCÈS INFANTILES CUMULÉS SELON LE GROUPE DE GÉNÉRATIONS (1720-1779)
(PAROISSES RURALES)



ANNEXE 4.1A

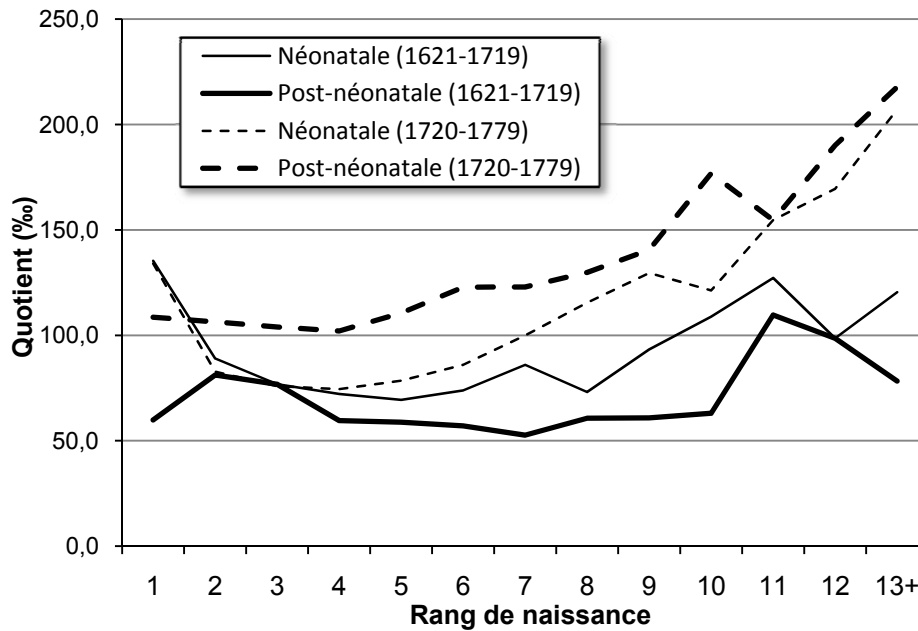
RISQUES DE MORTALITÉ NÉONATALE, POST-NÉONATALE ET INFANTILE SELON L'ÂGE DE LA MÈRE À L'ACCOUCHEMENT POUR LES PÉRIODES 1621-1719 ET 1720-1779



Note : $n=10\ 447$ naissances, 1 641 décès infantiles (1621-1719); $n=38\ 168$ naissances, 8 802 décès infantiles (1720-1779).

ANNEXE 4.1B

RISQUES DE MORTALITÉ NÉONATALE, POST-NÉONATALE ET INFANTILE SELON LE RANG DE NAISSANCE POUR LES PÉRIODES 1621-1719 ET 1720-1779



Note : $n=10\ 447$ naissances, 1 641 décès infantiles (1621-1719); $n=38\ 168$ naissances, 8 802 décès infantiles (1720-1779).

ANNEXE 4.1C

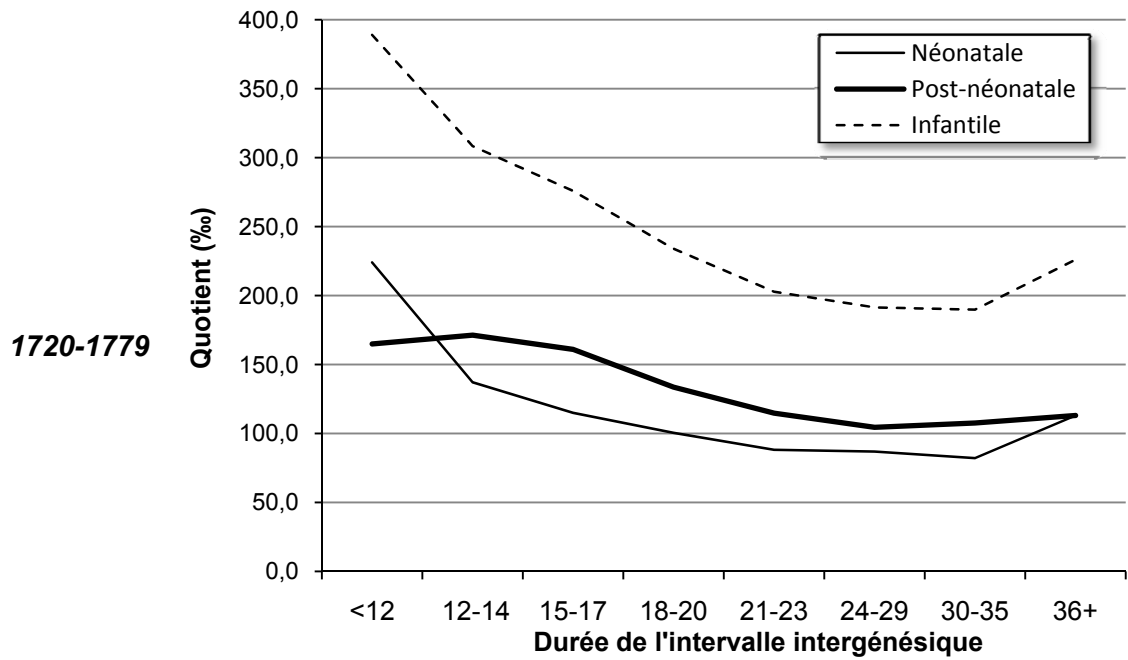
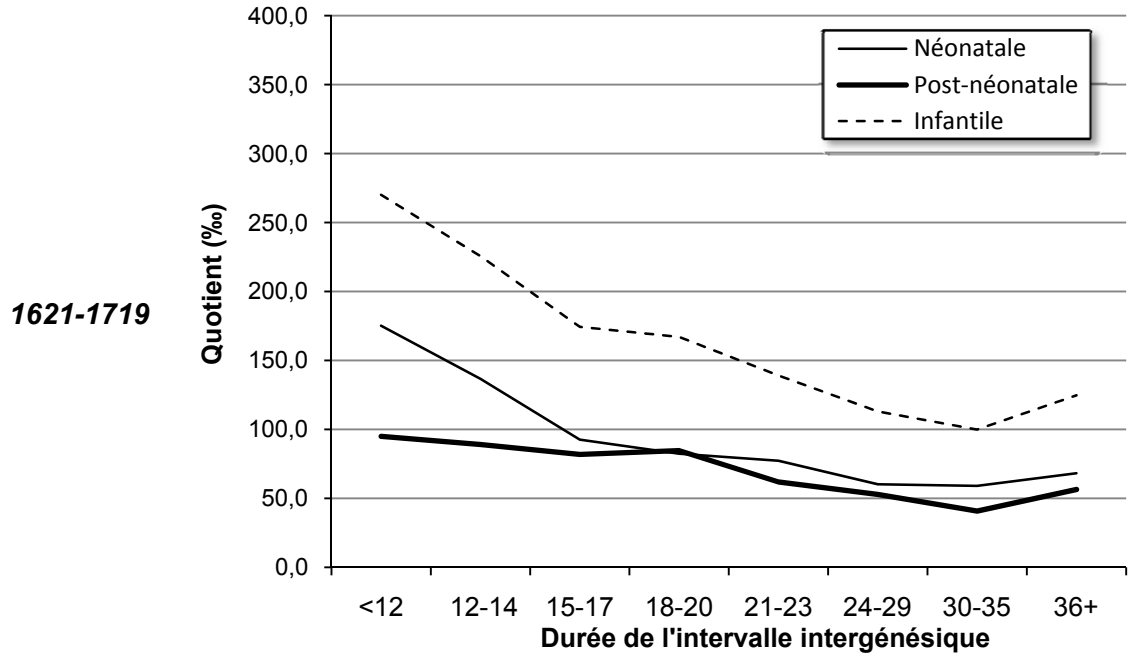
RISQUES DE MORTALITÉ NÉONATALE, POST-NÉONATALE ET INFANTILE D'UN ENFANT EN
FONCTION DU DESTIN DE SON AÎNÉ POUR LES PÉRIODES
1621-1719 ET 1720-1779

		1621-1719						
		Cadet						
		Décédé						
		Avant 1 mois		Entre 1 et 11 mois révolus		Avant 1 an		
Aîné	Survécu		68,9		62,8		131,7	
	Décédé	Avant 1 mois	143,1	177,5	80,4	72,2	223,5	249,7
		Entre 1 et 11 mois révolus		108,7		88,6		197,3
	Tous destins		81,8		65,4		147,3	

		1720-1779						
		Cadet						
		Décédé						
		Avant 1 mois		Entre 1 et 11 mois révolus		Avant 1 an		
Aîné	Survécu		87,5		119,4		206,9	
	Décédé	Avant 1 mois	163,0	198,2	159,5	140,0	322,5	338,2
		Entre 1 et 11 mois révolus		127,8		178,9		306,8
	Tous destins		104,1		128,9		233,0	

ANNEXE 4.1D

RISQUES DE MORTALITÉ NÉONATALE, POST-NÉONATALE ET INFANTILE SELON LA DURÉE DE L'INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE POUR LES PÉRIODES 1621-1719 ET 1720-1779



Note : $n=10\ 428$ (1621-1719); $37\ 898$ (1720-1779).
 4 629 cas d'enfants au destin inconnu.
 Le dernier intervalle est exclu.

ANNEXE 4.3

DISTRIBUTIONS OBSERVÉES, ATTENDUES, RAPPORT DES DEUX DISTRIBUTIONS DES MÈRES ET DES FILLES SELON LES PROPORTIONS D'ENFANTS PERDUS AVANT L'ÂGE D'UN AN (FAMILLES DE 4+ ENFANTS) (VILLES)

<i>Distributions observées</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	46	51	25	6	128
1-19	61	83	45	7	196
20-39	85	94	62	19	260
40+	59	84	63	31	237
Total	251	312	195	63	821
<i>Distributions attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	39	49	30	10	128
1-19	60	74	47	15	196
20-39	79	99	62	20	260
40+	72	90	56	18	237
Total	251	312	195	63	821
<i>Rapport Observées/Attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	1,18	1,04	0,83	0,60	1,00
1-19	1,02	1,12	0,96	0,47	1,00
20-39	1,08	0,95	1,00	0,95	1,00
40+	0,82	0,93	1,13	1,72	1,00
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

$\chi^2=15,0$ (p=0,007)

ANNEXE 4.4

DISTRIBUTIONS OBSERVÉES, ATTENDUES, RAPPORT DES DEUX DISTRIBUTIONS DES MÈRES ET DES FILLES SELON LES PROPORTIONS D'ENFANTS PERDUS AVANT L'ÂGE D'UN AN (FAMILLES DE 10 ENFANTS ET PLUS) (VILLES)

<i>Distributions observées</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	8	10	1	1	20
1-19	18	30	16	3	67
20-39	14	43	24	7	88
40+	14	28	31	11	84
Total	54	111	72	22	259
<i>Distributions attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	4	9	6	2	20
1-19	14	29	19	6	67
20-39	18	38	24	7	88
40+	18	36	23	7	84
Total	54	111	72	22	259
<i>Rapport Observées/Attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	2,00	1,11	0,17	0,50	0,95
1-19	1,29	1,03	0,84	0,50	0,99
20-39	0,78	1,13	1,00	1,00	1,01
40+	0,78	0,78	1,35	1,57	1,00
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

$$\chi^2=19,5(p=0,021)$$

ANNEXE 4.5

DISTRIBUTIONS OBSERVÉES, ATTENDUES, RAPPORT DES DEUX DISTRIBUTIONS DES MÈRES ET DES FILLES SELON LES PROPORTIONS D'ENFANTS PERDUS AVANT L'ÂGE D'UN AN (FAMILLES DE 4+ ENFANTS) (CAMPAGNES)

<i>Distributions observées</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	370	313	152	19	854
1-19	400	428	210	39	1 077
20-39	335	436	223	35	1 029
40+	128	146	128	26	428
Total	1 233	1 323	713	119	3 388
<i>Distributions attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	311	333	180	30	854
1-19	392	421	227	38	1 077
20-39	374	402	217	36	1 029
40+	156	167	90	15	428
Total	1 233	1 323	713	119	3 388
<i>Rapport Observées/Attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	1,19	0,94	0,84	0,63	1,00
1-19	1,02	1,02	0,93	1,03	1,00
20-39	0,90	1,08	1,03	0,97	1,00
40+	0,82	0,87	1,42	1,73	1,00
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

$\chi^2=61,3$ (p=0,000)

ANNEXE 4.6

DISTRIBUTIONS OBSERVÉES, ATTENDUES, RAPPORT DES DEUX DISTRIBUTIONS DES MÈRES ET DES FILLES SELON LES PROPORTIONS D'ENFANTS PERDUS AVANT L'ÂGE D'UN AN (FAMILLES DE 10 ENFANTS ET PLUS) (CAMPAGNES)

<i>Distributions observées</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	72	74	30	4	180
1-19	136	190	94	14	434
20-39	106	214	102	13	435
40+	45	69	68	16	198
Total	359	547	294	47	1 247
<i>Distributions attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	52	79	42	7	180
1-19	125	190	102	16	434
20-39	125	191	103	16	435
40+	57	87	47	7	198
Total	359	547	294	47	1 247
<i>Rapport Observées/Attendues</i>					
Proportion d'enfants perdus (Filles) (%)	Proportion d'enfants perdus (Mères) (%)				
	0	1-19	20-39	40+	Total
0	1,38	0,94	0,71	0,57	1,00
1-19	1,09	1,00	0,92	0,88	1,00
20-39	0,85	1,12	0,99	0,81	1,00
40+	0,79	0,79	1,45	2,29	1,00
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

$\chi^2=47,1$ (p=0,000)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I) DOCUMENTS ANCIENS DU XVIIIE AU XXIIE SIÈCLE

ARRAULT, M. «*Abrégé Historique de l'établissement de l'Hôpital des Enfants Trouvés*». Mercure de France. Dédié au Roi, Juin 1746, Second Volume, p. 53-54.

BABY, Louis François Georges. *L'exode des classes dirigeantes à la cession du Canada*, Montréal : [s.n.], 1899, 45 p.

BOUCHER, Pierre. *Histoire naturelle et véritable des mœurs et des productions du pays de la Nouvelle-France, vulgairement dite le Canada*. Paris, Florentin Lambert, 1664, 168 p.

Cahier des comptes divers de Pierre Guy, 1785-1810, Collection Baby, Archives de l'Université de Montréal, série G 2 192.

DESESSARTZ, Jean-Charles. *Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas-âge ou Réflexions-pratiques sur les moyens de procurer une meilleure constitution aux Citoyens*. Paris : Jean-Thomas Hérissant, 1760, 467 p.

Édits, ordonnances royaux, déclarations et arrêts du Conseil d'État du roi, concernant le Canada, mis par ordre chronologique, et publiés par ordre de Son Excellence Sir Robert Shore Milnes, Baronet, Lieutenant Gouverneur de la Province du Bas-Canada, en conséquence de deux différentes adresses de la Chambre d'Assemblée, en date des 5 et 7 mars 1801. Québec : P.E. Desbarats, Imprimeur des Loix de la Très Excellente Majesté du Roi, 1803, p. 157-160, Articles VII à XIV.

GRAUNT John, *Natural and Political Observations Mentioned in a following Index, and made upon Bills of Mortality. By Capt. John Graunt, Fellow of the Royal Society*, London, Third Edition, 1665, 205 p.

JAUBERT, Pierre. *Des causes de dépopulation et des moyens d'y remédier*. Dessain, Paris, 1767, 298 p.

Journal du Marquis de Montcalm durant ses campagnes en Canada de 1756 à 1759. Publié sous la direction de l'abbé H.-R. Casgrain, Québec, Imprimerie de L.-J. Demers & Frère, 1895, 626 p.

JUCHEREAU DE SAINT-IGNACE, Jeanne-Françoise & DUPLESSIS, Marie-Andrée. *Les annales de l'Hôtel-Dieu de Québec, 1636-1716. Composées par les Révérendes Mères Jeanne-Françoise Juchereau de St-Ignace et Marie-Andrée Duplessis de*

- Ste-Hélène, Anciennes Religieuses de ce Monastère*. Éditées dans leur Texte original avec une Introduction et des Notes par *Dom Albert Jamet* de l'Abbaye de Solesmes». (Québec), à l'Hôtel-Dieu de Québec, 1939. XLVII,(12), 446 p.
- L'INCARNATION, Marie de. *Lettres de la vénérable Mère Marie de l'Incarnation, première supérieure des Ursulines de la Nouvelle-France*. Bibliothèque Nationale de France, NUMM-110538, 1681, 671 p.
- LE BOURSIER DU COUDRAY, Angélique-Marguerite. *Abrégé de l'art des accouchemens. Dans lequel on donne les préceptes nécessaires pour le mettre heureusement en pratique. On y a joint plusieurs Observations intéressantes sur des cas singuliers. Ouvrage très-utile aux jeunes Sages-femmes, & généralement à tous les Elèves en cet Art, qui désirent de s'y rendre habile*. Abbeville, Pintia, 1759, 194 p.
- MASSICOTTE, Edouard-Zotique. *Répertoire des arrêts, édits, mandements, ordonnances et règlements : conservés dans les archives du Palais de justice de Montréal, 1640-1760*. Montréal, G. Ducharme, 1919. vi, 140 p.
- Mémoires de la Société historique de Montréal, *Voyage de Kalm en Amérique*, Analysé et traduit par L. W. Marchand, Huitième livraison, Montréal, 1880, 256 p.
- Mgr Henri TÊTU et l'abbé Charles-Olivier GAGNON, *Mandements, Lettres pastorales et Circulaires des Évêques de Québec*. Québec : Imprimerie Générale A. Côté et Cie, 1887, Volume 1, 588 p.
- Mgr Henri TÊTU et l'abbé Charles-Olivier GAGNON, *Mandements, Lettres pastorales et Circulaires des Évêques de Québec*. Québec : Imprimerie Générale A. Côté et Cie, 1888, Volume 2, 566 p.
- MOHEAU, Jean-Baptiste. *Recherches et considérations sur la population de la France*, Paris, 1778, Édition de 1912, 304 p.
- MURET, Jean-Louis. *Mémoire sur l'état de la population dans le pays de Vaud, Qui a obtenu le prix proposé par la société Oeconomique de Berne, Par M. Muret, Premier Pasteur à Vevey et Secrétaire de la société Oeconomique de Vevey*, Yverdon, 1766, 258 p.
- PAGNUELO, Siméon. *Études historiques et légales sur la liberté religieuse en Canada*. Publié par C.O. Beauchemin & Valois, 1872, p. 174-175.
- Recensement du Canada 1608-1876, Statistiques du Canada, Ottawa, MacLean, Roger et Co., 1878, 479 p.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Émile ou De L'éducation* (Tome 1). Lipsic, Gérard Fleischer Le Cadet, 1817, 296 p.

- SAINT-VALLIER, Monseigneur de. *Rituel du Diocèse de Québec publié par l'ordre de Monseigneur de Saint-Vallier, évêque de Québec*, Paris, 1703, 604 p.
- STRUYCK, Nicolas. *Les Œuvres de Nicolas Struyck (1687–1769) qui se rapportent au calcul des chances, à la statistique générale, à la statistique des décès et aux rentes viagères*, tirées des œuvres complètes et traduites du Hollandais par J.A. Vollgraaf. Amsterdam, 1912, p. 187.
- VOLTAIRE, Adrien. *Œuvres de Voltaire. Avec Préfaces, avertissements, notes, etc.* Par M. Beuchot, Tome XXXVII. Paris : Lefèvre Libraire. 1829, 599 p.

II) CORRESPONDANCES ANCIENNES

- BEGON, Elisabeth. *Lettres au cher fils. Correspondance d'Elisabeth Bégon avec son gendre (1748-1753)*. Les Editions du Boréal, 2^e édition, 1994, 431 p.
- DE MEULLES, Jacques. *Lettre de De Meulles au Ministre – Compte rendu* (4 novembre 1683), Bibliothèque et Archives Canada, C-2376, Vol. 6-1, F6.
- DENONVILLE Jacques-René (marquis de), *Mémoire de l'état présent des affaires de Canada, par Denonville, 27 octobre 1687*, C-2377, Vol. 9, F-9 (de l'original), fol. 121-144 sur microfilm.
- DU HAMEL, M. «Observations botanico-météorologiques, faites à Québec par M. Gautier, pendant l'année 1743» dans *Histoire de l'académie royale des sciences. Année 1744, Avec les mémoires de Mathématique et de Physique, pour la même année*. Tiré des registres de cette académie. Paris, Imprimerie Royale, 1748, p. 135-155.
- DU HAMEL, M. «Observations botanico-météorologiques, faites à Québec pendant les mois d'Octobre, Novembre & Décembre de l'année 1743, & Janvier, Février, Mars, Avril, Mai, Juin, Juillet, Août & Septembre de l'année 1744» dans *Histoire de l'académie royale des sciences. Année 1745, Avec les mémoires de Mathématique et de Physique, pour la même année*. Tiré des registres de cette académie. Paris, Imprimerie Royale, 1749, p. 194-228.
- DU HAMEL, M. «Observations botanico-météorologiques, faites à Québec pendant les mois d'Octobre, Novembre & Décembre de l'année 1744, & Janvier, Février, Mars, Avril, & Mai de l'année 1745» dans *Histoire de l'académie royale des sciences. Année 1746, Avec les mémoires de Mathématique et de Physique, pour la même année*. Tiré des registres de cette académie. Paris, Imprimerie Royale, 1751, p. 88-97.

- DU HAMEL, M. «Observations botanico-météorologiques, faites en Canada, par M. Gautier, Médecin du Roi, conseiller au conseil supérieur de Québec, & Correspondant de l'Académie» dans *Histoire de l'académie royale des sciences. Année 1747, Avec les mémoires de Mathématique et de Physique, pour la même année*. Tiré des registres de cette académie. Paris, Imprimerie Royale, 1751, p. 466-488.
- DU HAMEL, M. «Extrait des observations botanico-météorologiques, faites à Québec pendant l'année 1749, par M. Gautier, Médecin du Roi en Canada» dans *Histoire de l'académie royale des sciences. Année 1750, Avec les mémoires de Mathématique et de Physique, pour la même année*. Tiré des registres de cette académie. Paris, Imprimerie Royale, 1754, p. 309-310.
- RUETTE D'AUTEUIL, François-Madeleine-Fortuné. *Mémoire sur l'état présent du Canada à son altesse royale le Duc d'Orléans régent de France dans le Conseil de Marine*, 12 décembre 1715, C-2386, Vol. 40, fol. 241-251 sur microfilm.
- Lettre de Beaucour, gouverneur de Montréal au ministre*, 27 septembre 1733, C-2391, Vol. 60, fol. 387-389 sur microfilm, F-60 (Montréal).
- Lettre de Beauharnois au ministre - suspension des activités du Conseil et de la Prévôté pendant l'épidémie*, 27 avril 1703, C-2381, Vol. 21, F-21 (de l'original).
- Lettre de Beauharnois et Hocquart au ministre*, 8 octobre 1740, C-2393, Vol. 73. Fol. 26-27.
- Lettre de Bigot au ministre*, 12 octobre 1750, fol. 33-34v sur microfilm (Québec).
- Lettre de Callière et Beauharnois (Résumé)*, 25 avril 1703, fol. 41-43.
- Lettre de Callière et Beauharnois au ministre*, 28 novembre 1702, C-2381, Vol. 20, F-20 (de l'original) (Québec).
- Lettre de Callière et Champigny au ministre*, 5 octobre 1701, C-2381, Vol. 19, F-19 (de l'original), Fol. 3-22 sur Microfilm (Québec).
- Lettre de Denonville et Champigny au ministre*, 6 novembre 1687, C-2377, Vol. 9, F-9 (de l'original), fol. 3-18 sur microfilm (Québec).
- Lettre de Louis-Hector de Callière et Jean Bochart de Champigny (extrait)*, 20 septembre 1699, C-2410, Vol. 120-1, F-12 (de l'original).
- Lettre de Mgr de Pontbriand au ministre*, 4 Novembre 1743, C-2394, Vol.78, F-78 (de l'original), fol. 431-432v sur microfilm.
- Lettre de Monsieur de Saint-Ovide au ministre*, 24 Décembre 1732, C-9293, Vol.12, F-141 (de l'original), fol. 274-275 sur microfilm (Louisbourg).

Lettre de Monsieur de Saint-Ovide, seul, au ministre, 1er Septembre 1733, C-9293, Vol.14, F-143 (de l'original), fol. 95-96 sur microfilm (Louisbourg).

Lettre des directeurs de la Compagnie de la Colonie au ministre, 26 avril 1703, fol. 129-131 sur microfilm F-121 (de l'original).

Lettre du chirurgien-major Bertier au ministre, Octobre 1733, fol. 393-394 sur microfilm F-60 (de l'original).

III) SUR LA FAMILLE ET L'ENFANT DANS LES SOCIÉTÉS TRADITIONNELLES

ARIES, Philippe. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Edition du seuil, 1973. 316 p.

BADINTER, Élisabeth. *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVIIe-XXe siècle)*. Flammarion, 1980, 372 p.

BIRABEN, J. N. «Le médecin et l'enfant au XVIIIe siècle. Aperçu de la pédiatrie au XVIIIe siècle». Annales de démographie historiques, 1973, p. 215-223.

DUPAQUIER, Jacques. «Pour une histoire de la prématurité». Annales de Démographie Historique, 1994, p. 187-202.

FAUVE-CHAMOUX, Antoinette. «La femme devant l'allaitement». Annales de démographie historique, 1983, p. 7-22.

FINE, Agnès. «Le nourrisson à la croisée des savoirs». Annales de Démographie Historique, 1994, p. 203-214.

FLANDRIN, Jean-Louis. «L'attitude à l'égard du petit enfant et les conduites sexuelles dans la civilisation occidentale : structures anciennes et évolution», Annales de démographie historique, 1973, p. 143-210.

FLANDRIN, Jean-Louis. *Familles : parenté, maison, sexualité dans l'ancienne société*. Paris : Éditions du Seuil, 1984, 285 p.

GELIS, Jacques, Mireille LAGUET et Marie-France MOREL. *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Paris, Gallimard-Julliard, 1978, 246 p.

GELIS, Jacques. «L'enfant et la Révolution Française». dans *De France en Nouvelle-France. Société fondatrice et société nouvelle*. Sous la direction de Hubert Watelet, avec la collaboration de Cornelius J. Jaenen, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 1994, p. 25-43.

- GELIS, Jacques. «La mort du nouveau-né et l'amour des parents : quelques réflexions à propos des pratiques de "répit"». Annales de Démographie Historique, 1994, p. 23-31.
- HECHT Jacqueline. «L'évaluation de la mortalité aux jeunes âges dans la littérature économique et démographique de l'Ancien Régime», dans La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire. P.-M. Boulanger et Dominique Tabutin directeurs, Liège, 1980, p. 29-83.
- HECHT Jacqueline. «Le Siècle des Lumières et la conservation des petits enfants». *Population (French Edition)*, 47^e Année, No. 6, Hommage à Alfred Sauvy, Novembre-Décembre 1992), p. 1589-1620.
- LAGET, Mireille. «Notes sur la réanimation des nouveau-nés (XVIIIe-XIXe siècles)». Annales de démographie historique, 1983, p. 65-72.
- LEBRUN, François. *La vie conjugale sous l'Ancien Régime* (Quatrième édition). Paris, Éditions Arman Colin, 1998, 185 p.
- LEMIEUX, Denise. «La famille en Nouvelle-France : des cadres de la vie matérielle aux signes de l'affectivité», dans Hubert Watelet, avec la collaboration de Cornelius J. Jaenen (édit.), *De France en Nouvelle-France. Société fondatrice et société nouvelle*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, coll. «Actexpress», 1994, p. 45-70.
- PERRENOUD, Alfred. «Atténuation des crises et déclin de la mortalité». Annales de démographie historique, 1989, p. 13-29.
- ROLLET, Catherine, «La mortalité des enfants dans le passé: au-delà des apparences», Annales de Démographie Historique, 1994, p.7-22.

IV) SUR L'HISTOIRE ET LA SOCIÉTÉ DE LA NOUVELLE-FRANCE ET DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- ARCHAMBAULT, Gilles. «La question des vivres au Canada au cours de l'hiver 1757-1758», Revue d'histoire de l'Amérique française, Vol. 21, n°1, juin 1967, p. 16-50.
- AUDET, Bernard. *Se nourrir au quotidien en Nouvelle-France*. Sainte-Foy (Québec), Les Éditions GID, 2001, 367 p.
- Collectif Clio (Le). *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*. Montréal, Le jour éditeur, 1992, 646 p.
- FREGAULT, Guy. «La Nouvelle-France, territoire et population», dans *Le XVIIe siècle canadien : Etudes*. Montréal : Éditions HMH, 1970, 387 p.

- GADOURY, Lorraine. *La famille dans son intimité. Échanges épistolaires au sein de l'élite canadienne au XVIIIe siècle*. Cahiers du Québec (Collection Histoire), 1998, 186 p.
- GAUVREAU, Danielle, Diane GERVAIS et Peter GOSSAGE. *La fécondité des Québécoises 1870-1970. D'une exception à l'autre*. Les Éditions du Boréal, 2007, 346 p.
- HENRIPIN, Jacques et Yves MARTIN. *La population du Québec d'hier à demain*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1991, p. 14.
- LACHANCE André. *La vie urbaine en Nouvelle-France*. Montréal, Éditions Boréal, 1987, 148 p.
- LACHANCE André. *Vivre, aimer et mourir en Nouvelle-France. La vie quotidienne aux XVIIe et XVIIIe siècles*. Libres Expressions, 2000, 225 p.
- LACOURSIÈRE, Jacques, Jean PROVENCHER, Denis VAUGEOIS. *Canada-Québec. 1534-2000*. Septentrion, 2001, 591 p.
- LARIN, Robert. «Les canadiens passés en France à la Conquête (1754-1770)» dans *Mémoire de Nouvelle-France. De France en Nouvelle-France*, sous la direction de Philippe JOUTARD et Thomas WIEN, avec la collaboration de Didier POTON. Presses Universitaires de Rennes, 2005, 390 p.
- LEMIEUX, Denise. *Les petits innocents. L'enfance en Nouvelle-France*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, 205 p.
- RIBORDY, Geneviève. *Les prénoms de nos ancêtres*. Les éditions du Septentrion, 1995, 181 p.

V) SUR LA MÉDECINE TRADITIONNELLE ET LES MALADIES INFECTIEUSES (EUROPE ET QUÉBEC ANCIEN)

- CHARBONNEAU, Hubert. «Les grandes mortalités épidémiques avant 1760». Mémoires de la Société généalogique canadienne-française, Vol. 46, no 2 (été 1995), p. 127-133.
- GAUTHIER, Jean-Richard. *Michel Sarrazin. Un médecin du roi en Nouvelle-France*. Septentrion, 2007, 124 p.
- GOULET, Denis et André PARADIS. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. VLB Éditeur, 1992, 528 p.

- HEAGERTY, John Joseph, *Four Centuries of Medical History in Canada. And A Sketch of the Medical History of Newfoundland*. Toronto: MacMillan Company of Canada Limited, 2 vol., 1928, 395 p. et 374 p.
- LAFORCE, Hélène. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture. Collection « Edmond-de-Nevers », no 4, 1985. 237 p.
- LESSARD, Renald. *Se soigner au Canada aux XVIIe et XVIIIe siècles*, Musée canadien des civilisations, 1989, 160 p.
- LESSARD, Rénald. «Le livre médical au sein du corps de santé canadien aux XVIIe et XVIIIe siècle». CBMH, Volume 12, 1995, p. 215-240.
- McINTYRE, John W.R. et C. Stuart HOUSTON. «Smallpox and its control in Canada». Canadian Medical Association Journal, Dec. 14, 1999, Volume 161, n°12, p.1543–1547.
- MOREL, Marie-France. «Les soins prodigués aux enfants : influence des innovations médicales et des institutions médicalisées (1750-1914). Médecine et déclin de la mortalité infantile». Annales de démographie historique, 1989, p. 157-181.
- MOREL, Marie-France. «Le tout-petit, sa mère et le médecin : la médicalisation de la petite enfance (XVIIIe-XXe siècles)». Archives de Pédiatrie (Société Française de Pédiatrie), 1999, Volume. 6, Supplément 2, p. 444s-447s.
- RHEAULT, Marcel J. *La médecine en Nouvelle-France. Les chirurgiens de Montréal (1642-1760)*. Septentrion, 2004, 335 p.
- ROY, Pierre-Georges. «Les épidémies à Québec». Bulletin des recherches historiques, vol. 49, 1943, p. 204-212.
- ROY, Pierre-Georges. *Toutes petites choses du régime français. Volume 2*. Éditions Garneau, 1944, p. 227-228.
- ROY, Pierre-Georges. «Les catastrophes dans la Nouvelle-France». Le bulletin des Recherches Historiques, Vol. 53, Janvier 1947, p.5-19.
- ROY, Pierre-Georges. «Les catastrophes dans la Nouvelle-France (suite et fin)». Le bulletin des Recherches Historiques, Vol. 53, Février 1947, p.35-48.
- SKÖLD, Peter. «From Inoculation to Vaccination: Smallpox in Sweden in the Eighteenth and Nineteenth Centuries». Population Studies, n°50, 1996, p. 247-262.
- TUNIS, Barbara. «Dr. James Latham (c. 1734-1799) : Pioneer inoculator in Canada». Canadian Bulletin of the History of Medicine, 1984, p. 1-11.

VI) SUR LE CONTENU ET LA QUALITÉ DES ACTES DES REGISTRES PAROISSIAUX DANS LE QUÉBEC ANCIEN

BOUCHARD, Gérard et André LAROSE. «La réglementation des actes de baptême, mariage, sépulture au Québec, des origines à nos jours». Revue d'histoire de l'Amérique française, vol. 30, no 1 (juin 1976), p. 67-84.

DESJARDINS, Bertrand. «Le Registre de la Population du Québec Ancien». Annales de Démographie historique, 1998, 2, p. 215-226.

LANDRY, Yves, et Renald LESSARD. «Les causes de décès aux XVIIe et XVIIIe siècles d'après les registres paroissiaux québécois». Revue d'histoire de l'Amérique française, vol. 48, no 4 (printemps 1995), p. 509-526.

LAROSE, André. «Les registres paroissiaux catholiques au Québec : Vue d'ensemble». Mémoire de la Société Généalogique canadienne-française, vol. XXX., n°4, 1979, p. 243-262.

LAROSE, André. *Les registres paroissiaux au Québec avant 1800: introduction à l'étude d'une institution ecclésiastique et civile*. Québec, ministère des Affaires culturelles, 1980. xviii - 298 p.

ROY, Raymond et Hubert CHARBONNEAU. «Le contenu des registres paroissiaux canadiens du XVIIe siècle». Revue d'histoire de l'Amérique française, vol. 30, no 1 (juin 1976), p. 85-97.

VII) MESURE DE LA MORTALITÉ ENDOGÈNE ET EXOGÈNE

AMBAPOUR, Samuel. *Note sur la mortalité infantile* (Document de travail). Bureau d'Application des Méthodes Statistiques et Informatiques, Brazzaville, 04/2001, 17 p.

BOURGEOIS-PICHAT, Jean. «De la mesure de la mortalité infantile». Population, 1, 1946, p. 53-68.

BOURGEOIS-PICHAT, Jean. «La mesure de la mortalité infantile. Principes et méthodes». Population, 3, 1951, p. 233-248.

VIII) PRATIQUES DE LA MISE EN NOURRICE ET DE L'ALLAITEMENT

BIDEAU, Alain.. «L'envoi des jeunes enfants en nourrice. L'exemple d'une petite ville : Thoissey-en-Dombes 1740-1840» dans *Hommage à Marcel Reinhard. Sur la population française aux XVIIIe et au XIXe siècle*. Paris : Société de démographie historique, 1973, p. 49-58.

FLANDRIN, Jean-Louis. *Alimentation et médecine. Histoire de l'alimentation occidentale : Diététique ancienne, cuisine & formation du goût. Âges et régimes alimentaires.* Texte exclusif composé pour l'Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires (OCHA), 8 p.

GAUVREAU, Danielle. «A propos de la mise en nourrice à Québec pendant le régime français». Revue d'histoire de l'Amérique française, Vol. 41, n°1, hiver 1987, p. 53-61.

MOREL, Marie-France. «Théories et pratiques de l'allaitement en France au XVIIIe siècle», Annales de démographie historique, 1976, p. 373-427.

IX) ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES SUR LES PAYS EUROPÉENS

BELLETTINI, A. et A. SAMOGGIA. «Évolution différentielle et mouvement saisonnier de la mortalité infantile et enfantine dans la banlieue de Bologne, (XVIIe-XIXe siècles)». Annales de démographie historique, 1983, p. 195-207.

BENGTSSON, Tommy et Christer LUNDH. » La mortalité infantile et post-infantile dans les pays nordiques avant 1900». Annales de Démographie Historique, 1994, p. 23-44.

BIDEAU, Alain, Guy BRUNET et Michel FLOQUET. «Mortalité différentielle des enfants indigènes et des enfants en nourrice. L'exemple de Druillat (Ain) au XVIIIe siècle». Annales de Démographie Historique, 1994, p. 152-167.

CHARBONNEAU, Hubert. *Tourouvre-au-Perche aux XVIIe et XVIIIe siècles. Études de démographie historique.* Paris, Presses Universitaires de France, 1970, 423 p.

CHAUNU, Pierre. «Réflexion sur la démographie normande». dans *Sur la population française du XVIIIe et au XIXe siècles. Hommage à Marcel Reinhard.* Paris : Société de démographie historique, 1973, p. 97-118.

CRUVEILHIER, Louis. «La mortalité infantile à la campagne». La revue Philanthropique, 1911, p. 7-41.

DEL PLANTA, Lorenzo. «Mortalité infantile et post-infantile en Italie du XVIIIe au XXe siècles : tendances à long terme et différences régionales». Annales de Démographie Historique, 1994, p. 45-61.

DUPAQUIER, Jacques. «Histoire et démographie». Population, 32, numéro spécial, Septembre 1977, p. 299-322. 1995, 480 p.

FRIDLIZIUS, Gunnar. «The Mortality Decline in the First Phase of Demographic Transition : Swedish Experiences», dans BENGTSSON, T, G. FRIDLIZIUS et R.

- OHLSSON, Pre-Industrial Population Change: The mortality decline and short-term population movements. Lund: Amqvist & Wiksell International, p. 71-114.
- GALLIANO, Paul. «La mortalité infantile dans la banlieue sud de Paris à la fin du XVIIIe siècle (1774-1794)». Annales de Démographie Historique, 1966, p. 139-177.
- GANIAGE, Jean. *Trois villages de l'Île de France au XVIIIe siècle*. INED, Cahier n°40, 1963, p. 91-114.
- GANIAGE, Jean. *Le Beauvaisis au XVIIIe siècle : la campagne*. INED, Cahier n°121, 1988, 278 p.
- HENRY, Louis. «Fécondité des mariages dans le quart sud-ouest de la France de 1720 à 1829», (suite). Annales (Économie, Sociétés, Civilisations), 27^{ème} année, n°4-5, juillet-octobre 1972, p. 977-1023.
- HOUDAILLE, Jacques. «La mortalité des enfants en Europe avant le XIXe siècle», dans La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire. P.-M. Boulanger et Dominique Tabutin directeurs, Liège, 1980, p. 85-118.
- HOUDAILLE, Jacques. «La mortalité des enfants dans la France rurale de 1690 à 1779». Population, 1, 1984, p. 77-106.
- JONES, R.E. «Infant Mortality in Rural North Shropshire, 1561-1810». Population Studies, 30, 1976, p. 305-317.
- KNODEL, John. *Demographic Behaviour in the past. A study of fourteen German village populations in the eighteenth and nineteenth centuries*. Cambridge University Press, 1988, 587 p.
- PERRENOUD, Alfred. «L'inégalité sociale devant la mort à Genève au XVIIIe siècle». Population, 30^e année, numéro spécial, Novembre 1975, p. 223-243.
- PERRENOUD, Alfred. «La mortalité à Genève de 1625 à 1825». Annales de démographie historique, 1978, p. 209-233.
- PERRENOUD, Alfred. «La mortalité des enfants en Europe francophone : État de la question». Annales de Démographie Historique, 1994, p. 79-96.
- THÉRÉ, Catherine et Jean-Marc Rohrbasser. «Facing Death in the Early Days of Life: Inequality Between the Sexes in Enlightenment Demographic Thought». *The History of the Family*, 11, 2006, p. 199-210.
- VALMARY, Pierre. *Familles paysannes au XVIIIe siècle en Bas-Quercy*. INED, Cahier n°45, 1965, 192 p.

WOODS, Robert. « La mortalité infantile en Grande-Bretagne : Un bilan des connaissances historiques ». Annales de Démographie Historique, 1994, p. 119-134.

X) ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES SUR LE QUÉBEC ANCIEN

BERNARD, Pierre. «La mortalité différentielle par variole en Nouvelle-France». Mémoire de maîtrise en démographie, Montréal : Université de Montréal : avril 1994, 94 p.

BERNIER-LEMIRE, Lorraine. «Neuville, des origines à 1762 : étude démographique d'une paroisse rurale du Québec». Mémoire de maîtrise en démographie, Montréal : Université de Montréal, mars 1982, 196 p.

CHARBONNEAU, Hubert. *Vie et mort de nos ancêtres. Étude démographique*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 1975, 268 p. (Coll. "Démographie canadienne", no 3).

CHARBONNEAU, Hubert. «À propos de démographie urbaine en Nouvelle-France – Réflexions en marge d'*Habitants et marchands de Montréal au XVIIe siècle de Louise Dechêne*». Revue d'Histoire de l'Amérique Française, 30, 2, Septembre 1976, p. 263-272.

CHARBONNEAU, Hubert. «Colonisation, climat et âge au baptême des Canadiens au XVIIe siècle». Revue d'histoire de l'Amérique française, Vol. 38, n°3, hiver 1985, p. 341-356.

CHARBONNEAU, Hubert, Bertrand DESJARDINS, André GUILLEMETTE, Yves LANDRY, Jacques LÉGARÉ et François NAULT, avec la collaboration de Réal BATES et Mario BOLEDA. *Naissance d'une population. Les Français établis au Canada au XVIIe siècle*. Paris et Montréal : Presses Universitaires de France, Les Presses de l'Université de Montréal, 1987. 232 p.

CHARBONNEAU, Hubert, Bertrand DESJARDINS, Jacques LÉGARÉ et Hubert DENIS. «La population française de la vallée du St-Laurent avant 1760», dans *Atlas historique du Québec : Population et territoire*, publié sous la direction de Serge Courville, Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval, 1996, p. 31-43.

DECHÊNE, Louise. «La croissance de Montréal au XVIIIe siècle». Revue d'Histoire de l'Amérique Française, septembre 1973, 27 (2), p. 163-179.

DECHÊNE, Louise. *Habitants et marchand de Montréal au XVIIe siècle*. Paris, Plon, 1974, 589 p.

- DESJARDINS, Bertrand. «Demographic Aspects of the 1702-1703 Smallpox Epidemic in the St-Lawrence Valley». Canadian Studies in Population, Vol. 23, n°1, 1996, p. 49-67.
- GADOURY, Lorraine, Yves LANDRY et Hubert CHARBONNEAU. «Démographie différentielle en Nouvelle-France : villes et campagnes». Revue d'histoire de l'Amérique française, Vol. 38, n°3, hiver 1985, p. 357-378.
- GADOURY, Lorraine. *La noblesse de Nouvelle-France : familles et alliances*. Ville La Salle: Éditions Hurtubise HMH, 1992, 208 p.
- GAGNON, Alain et Ryan MAZAN. «Does exposure to infectious diseases in infancy affect old-age mortality? Evidence from a pre-industrial population». Social Science & Medicine, Volume 68, Issue 9, May 2009, Pages 1609-1616.
- GAUVREAU, Danielle. *Québec. Une ville et sa population au temps de la Nouvelle-France*, Presses de l'Université du Québec, 1991, 232 p.
- GOUDREAU, Serge. «La population de Cap-Santé, de Deschambault et de Grondines sous le régime français (1679-1762)». Mémoire de maîtrise en démographie, Montréal : Université de Montréal, mai 1984, 205 p.
- HENRIPIN, Jacques. «From acceptance of Nature to Control : The Demography of French Canadians since the Seventeenth Century». The Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue canadienne d'Économique et de Science politique, Vol. 23, n°1, February 1957, p. 10-19.
- HENRIPIN, Jacques. «La fécondité des ménages canadiens au début du XVIIIe siècle». Population (French Edition), 9^e Année, n°1, Janvier-Mars 1954, p. 61-84.
- HENRIPIN, Jacques. *La population canadienne au début du XVIIIe siècle : nuptialité, fécondité, mortalité infantile*. Paris : Presses universitaires de France, 1954, 129 p.
- LALOU, Richard. «Des enfants pour le paradis. La mortalité des nouveau-nés en Nouvelle-France». Thèse de doctorat, Montréal : Université de Montréal, septembre 1990, 472 p.
- LANDRY, Yves et Hubert CHARBONNEAU. «Démographie différentielle et catégories sociales en Nouvelle-France». dans *Actes du XV^e Congrès international des sciences historiques* [Bucarest] (Editura Academiei Republicii Socialiste România, 1982), IV, p. 1150-1163.
- LANDRY, Yves. *Orphelines en France, pionnières au Canada; Les Filles du roi au XVIIe siècle; Suivi d'un répertoire biographique des Filles du roi*. Éditions Leméac, 1992, 436 p.

- LESPERANCE, André. «La mortalité à Québec de 1771 à 1870». Mémoire de maîtrise en démographie, Montréal : Université de Montréal, 1970, p. 49-50 et 58.
- MAZAN, Ryan, Alain GAGNON et Bertrand DESJARDINS. «The Measles Epidemic of 1714-1715 in New France». Canadian Studies in Population, Vol. 36.3-4, Fall/Winter 2009, p. 295-319.
- PÉPIN, Yves. Hérédité de la gémellité en Nouvelle-France: étude démographique. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (démographie). Université de Montréal, août 1987, 148 p.
- PERIERS, Hélène. «Une ville à la campagne: Trois-Rivières sous le Régime français, profil démographique». Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (démographie). Université de Montréal, novembre 1992. 157 p.
- SIMO NOGUERA, Carles. *Le comportement démographique de la bourgeoisie en Nouvelle-France*, Thèse de doctorat, Montréal : Université de Montréal, 1995, 444 p.
- TREMBLAY, Micheline. «La population de Beauport sous le régime français». Mémoire de maîtrise en démographie, Montréal : Université de Montréal, août 1981, 320 p.

XI) SUR LES FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS (EUROPE ET QUÉBEC)

- COHEN, Joël E. «Childhood Mortality, Family Size and Birth Order in Pre-Industrial Europe», Demography, Vol. 12, n°1, February 1975, p. 35-55.
- DESJARDINS, Bertrand. «Family Formation and Infant Mortality in New France» (Chap. 10) dans BIDEAU Alain, Bertrand DESJARDINS, Hector PEREZ-BRIGNOLI. *Infant and Child Mortality in the Past*. Oxford ; Toronto : Clarendon Press, 1997, 312 p.
- FEDRICK, Jean et Philippa ADELSTEIN. «Influence of Pregnancy Spacing on Outcome of Pregnancy». British Medical Journal, 1973, 4, p. 753-756.
- GUTIERREZ, Hector et Jacques HOUDAILLE. «Les accouchements multiples dans la France ancienne», Population, 3, 1983, p. 479-489.
- HENRY, Louis. «La mortalité infantile dans les familles nombreuses», Population, 4, 1948, p.631-650.
- HOBBCRAFT, John N., J. W. MACDONALD et S.O. RUSTEIN. «Child-spacing Effects on Infant and Early Child Mortality». Population index, Vol. 49, n°4, 1983, p. 595-618.

- HOBBCRAFT, John N., J. W. MACDONALD et S.O. RUSTEIN. «Demographic Determinants and of Infant and Early Child Mortality: A Comparative Analysis». Population studies, 39, n°3, 1985, p. 363-385.
- HUGHES, Elizabeth. «Infant mortality». Children's Bureau Publication n°112, U.S. Department of Labor, Washington, 1923, 122 p.
- KNODEL, John et Etienne VAN DE WALLE. «Breast Feeding, Fertility and Infant Mortality: An Analysis of some Early German Data». Population Studies, Vol. 21, n°2, September 1967, p. 109-131.
- KNODEL, John. « Infant Mortality and Fertility in three Bavarian Village: An Analysis of Family Histories from the 19th Century». Population Studies, Vol. 22, n°3, November 1968, p. 297-318.
- KNODEL, John et Albert I. HERMALIN. «Effect of Birth Rank, Maternal Age, Birth Interval and Sibship on Infant and Child Mortality : Evidence from 18th and 19th Century Reproductive Histories». American Journal of Public Health, Vol. 74, n°10, 1984, p.1098-1106.
- LALOU, Richard. «Endogeneous Mortality in New France: At the Crossroads of Natural and Social Selection» (Chap. 12). dans BIDEAU Alain, Bertrand DESJARDINS et Hector PEREZ-BRIGNOLI. *Infant and child mortality in the past*, Oxford ; Toronto : Clarendon Press, 1997, 312 p.
- LERIDON, Henri. «Les intervalles entre naissances : nouvelles données d'observation». Population, 22e Année, No. 5., Septembre-Octobre 1967, p. 821-840
- LYNCH, Katherine A. et Joel B. GREENHOUSE «Risk Factor for Infant Mortality in Nineteenth-Century Sweden». Population Studies, vol. 48, n° (1994), p.117-133.
- MILLER, Jane E. «Is the Relationship between Birth Intervals and Perinatal Mortality Spurious? Evidence from Hungary and Sweden», Population Studies, 43, 1989, p. 479-495.
- MILLER, Jane E. «Birth Intervals and Perinatal Health: An investigation of Three Hypotheses». Family Planning Perspectives, Vol. 23, n°2, March/April 1991, p.62-70.
- MOSLEY, Henry W. et Lincoln C. CHEN. «An analytical framework for the study of child survival in developing countries». Population and development Review, a supplement to Volume 10, 1984, p.25-45.

- NAULT, François, Bertrand DESJARDINS et Jacques LÉGARÉ. «Effects of Reproductive Behaviour on Infant Mortality of French Canadians during the Seventeenth and Eighteenth Centuries». Population Studies, vol. 44, n°2 (July 1990), p. 273-285.
- PALLONI, Alberto et Sarah MILLMAN. «Effects of Inter-birth Intervals and Breastfeeding on Infant and Early Child Mortality». Population studies, 40, 1986, p. 215-227.
- PAVARD, Samuel, Alain GAGNON, Bertrand DESJARDINS et Évelyne HEYER. «Mother's death and child survival: the case of early Quebec». Journal of Biosocial Science, Vol. 37 , 2005, 209-227.
- PEBLEY, Anne R., Albert I. HERMALIN et John KNODEL. «Birth Spacing and Infant Mortality: Evidence for Eighteenth and Nineteenth Century German Villages», Journal of Biological Science, 23, 1991, p.445-459.
- PHILIPPE, Pierre, «Analyse statistique des intervalles protogénésiques et intergénéésiques à l'Isle-aux-Coudres. Etude de démographie historique». Population, 28e Année, No. 1, Janvier – Février 1973, p. 81-93.
- PHILIPPE, Pierre. «Analyse transversale et longitudinale du risque de mortalité infantile en fonction du rang de naissance et de la dimension finale de la famille». Canadian Journal of Public Health, Ottawa: March/April 1978. Vol. 69, Issue 2, p. 109-112.
- UNITED NATIONS. «Foetal, Infant and Early Childhood Mortality». Population Studies, Vol. 2, 13 (2), New-York: United Nations, 1976.
- VANDRESSE, Marie. «Estimation of a structural model of determinants of neonatal mortality in Hungary, 1984-88 and 1994-98». Population studies, Vol. 62, n°1, 2008, p. 85-111.
- WINIKOFF, Beverly. «The Effects of Birth Spacing on Child and Maternal Health». Studies in Family Planning, 14 (10), p.231-245.
- WOLFERS, David et Suzann SCRIMSHAW. «Child Survival and Intervals between Pregnancies in Guayaquil, Ecuador». Population Studies, vol. 38, n°3 (1975), p.487-496.
- WOODBURY, Robert M. «Causal factors of Infant Mortality». Children's Bureau Publication n°142, U.S. Departement of Labor, Washington, 1925, 245 p.
- WRAY, J. D. «Population Pressure on Families: Family Size and Child Spacing». Population / Family Planning Report, vol. 9, 1971, p. 403-461.

XII) MORTALITÉ INFANTILE INTERGÉNÉRATIONNELLE

EDVINSSON, Sören, Anders BRÄNDSTRÖM, John ROGERS et Göran BROSTRÖM, «High-risk families: The unequal distribution of infant mortality in nineteenth-century Sweden», Population Studies, Vol. 59, n°3, 2005, p. 321-335.

LINDKVIST, Marie et Göran BRÖSTRÖM. «Clustered Infant Mortality in an Intergenerational Perspective, Skellefteå 1831-1890». Conference Paper, 2006, 20 p.

TREMBLAY, Marc, Évelyne HEYER et Raymond ROY. «D'une génération à l'autre : la mortalité en bas âge dans les familles saguenéennes (fin du XIXe siècle – début du XXe siècle)», Annales de Démographie historique, 1998, 2, p. 139-156.

XIII) MÉTHODES DE CALCUL EN DÉMOGRAPHIE

DUPÂQUIER, Jacques, «L'analyse statistique des crises de mortalité» dans Les grandes mortalités : étude méthodologique des crises démographiques du passé, 1979, p. 83-112.

HENRY, Louis. *Techniques d'analyse en démographie historique*. Paris : Éditions de l'Institut national d'études démographiques, 1980, 177 p.

PRESSAT, Roland. *L'analyse démographique, concepts, méthodes, résultats*. 2^{ème} édition, Presses Universitaires de France, 1969, p. 134-138

PRESSAT, Roland. *Manuel d'analyse de la mortalité*, (Organisation Mondiale de la Santé, sous la direction de Roland Pressat). Paris, Institut national d'études démographiques, 1985, 164 p.

XIV) UTILITAIRES

DIDEROT, Denis. *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*. Tome cinquième, [Discussion-Esquinancie] / par une société de gens de lettres ; mis en ordre & publié par M. Diderot,...& quant à la partie mathématique, par M. D'Alembert,..., 1755, 1012 p.

DIDEROT, Denis. *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*. Tome douzième, [Parlement-Polytric] / par une société de gens de lettres ; mis en ordre & publié par M. Diderot,...& quant à la partie mathématique, par M. D'Alembert,..., 1765, 965 p.

GOELZER, Henri. Dictionnaire Latin-Français. Éditions Garnier-Flammarion, 1966, 691 p.

LE JEUNE, Louis. *Dictionnaire général de biographie, histoire, littérature, agriculture, commerce, industrie et des arts, sciences, mœurs, coutumes, institutions politiques et religieuses du Canada*. Deux tomes, Ottawa : Université d'Ottawa, 1931, p. 798 et 862.

XV) OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

Collectif. *Le petit Larousse Grand Format 2004*. Paris : France, Éditions Larousse, 2003, 1 885 p.

Collectif. *Le Robert & Collins Senior, dictionnaire Français-Anglais et Anglais-Français*, Paris : France, Éditions Dictionnaires Le Robert, Glasgow : United Kingdom, Editions HarperCollins Publishers, Sixième édition, 2002, 2 363 p.

XVI) LOGICIELS UTILISÉS

Microsoft Office Excel 2007 (v12.0.6425.0). Redmond (Washington): Microsoft Corporation, 2007

Microsoft Office Word 2007 (v12.0.6425.0). Redmond (Washington): Microsoft Corporation, 2007

SPSS 16.0.01 for Windows. Chicago (Illinois): SPSS Inc, 2007.

XVII) SITES INTERNET

Bibliothèque et Archives Nationales du Québec (B.A.N.Q.)

<http://www.banq.qc.ca/portal/dt/accueil.jsp>

Bibliothèque et Archives Canada (B.A.C.)

<http://www.collectionscanada.gc.ca/>

Bibliothèque numérique de la bibliothèque Nationale de France (GALLICA)

<http://gallica.bnf.fr/>

Bibliothèque numérique (MEDIC@) du Service d'Histoire de la médecine de la Bibliothèque interuniversitaire de médecine à Paris (B.I.U.M.)

<http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica.htm>

European Cultural Heritage Online (E.C.H.O.)

<http://echo.mpiwg-berlin.mpg.de/home>

Institut National d'Études Démographiques (I.N.E.D.)

<http://www.ined.fr>

Notre mémoire en ligne

<http://www.canadiana.org>

Programme de Recherche en Démographie Historique (P.R.D.H.) basé sur le Registre de Population du Québec Ancien (R.P.Q.A.)

<http://www.genealogie.umontreal.ca>