

La santé du premier âge sous le regard de l'État
STATE INFLUENCE ON THE HEALTH OF THE CHILD
LA SALUD INFANTIL Y LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO

Catherine Rollet

Volume 23, numéro 2, automne 1994

L'enfance (suite)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/010173ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/010173ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (imprimé)

1705-1495 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Rollet, C. (1994). La santé du premier âge sous le regard de l'État. *Cahiers québécois de démographie*, 23(2), 257–295. <https://doi.org/10.7202/010173ar>

Résumé de l'article

Le but de cet article est de retracer les grandes étapes historiques de la protection de l'enfant âgé de moins de trois ans en France et au Canada depuis le milieu du siècle dernier jusqu'au milieu du XXe siècle. Sont successivement analysées les motivations qui ont conduit les pouvoirs publics à intervenir davantage dans le domaine de l'enfance; les formes de l'intervention auprès des mères et des enfants; et enfin les évolutions démographiques, en relation avec les processus de différenciation sociale et géographique. On voit se dessiner, par-delà de sensibles divergences dans les moyens mis en oeuvre et les motivations, une convergence remarquable entre les deux pays, qui tiendrait à la fois à la proximité de certains traits structuraux anciens et au modelage d'une nouvelle culture autour de l'enfance, résultat des échanges internationaux accrus.

La santé du premier âge sous le regard de l'État

Catherine ROLLET *

Vers le milieu du siècle dernier, un membre de l'Académie de médecine, à Paris, alertait ses collègues sur ce qui constituait selon lui un problème de dimension nationale :

Aujourd'hui, tout ce qui touche à l'économie nationale est en grande faveur [...]. Indépendamment des questions d'humanité, l'intérêt de la grandeur nationale se trouve lié plus que jamais à la question de la mortalité en général, et particulièrement de la mortalité des nourrissons en France. La puissance militaire, agricole, industrielle des nations n'a-t-elle pas pour base le nombre et l'énergie des citoyens ? et depuis que l'Empire se trouve entouré de grands États dont les populations sont devenues presque aussi nombreuses que la sienne, il lui importe, sous peine de déchéance, de veiller avec une active sollicitude à l'accroissement et à la vigueur des générations françaises (Boudet, 1866 : 80).

Comme en écho, le médecin montréalais J.-I. Desroches écrivait en 1889 :

Les enfants sont l'avenir de la nationalité. Les enfants sont la véritable richesse et la seule force vitale d'un pays. Ils assurent la prépondérance militaire, le relèvement industriel, le défrichement du sol, et partant, la grandeur de la nation. Ainsi toutes dépenses faites pour les enfants représentent autant de capitaux qui rendent au centuple quand une fois ces enfants sont devenus grands ¹.

Ces interventions peuvent être jugées capitales dans la prise de conscience de l'enfance comme devant être protégée par les

* Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

¹ J.-I. Desroches, 1889, «Péril national», *Journal d'hygiène populaire*, VI, 6 : 108, cité par Dion, 1984 : 42.

pouvoirs publics. À partir de cette période, on peut repérer un certain nombre de faits qui convergent vers l'idée que la santé de l'enfant est un bien dont l'État a le devoir de se préoccuper. La France et le Canada sont loin d'être isolés dans cette prise de conscience, bien au contraire. On a pu montrer qu'un même mouvement de prise de conscience s'était fait sentir à partir des années 1860 dans des pays aussi divers que la Grande-Bretagne, les États-Unis, l'Allemagne, la Belgique, l'Australie et la Finlande (Rollet, 1993a : 7). Cela prouve qu'il s'agit d'un mouvement profond dont l'origine est à chercher du côté des structures mêmes de l'évolution sociale et économique des sociétés industrielles. Ces pays subissent les premiers effets du capitalisme libéral triomphant : afflux considérable de populations rurales dans les villes, mobilité interrégionale et intergénérationnelle accrue, recomposition de la main-d'œuvre, conditions de santé souvent défavorables et, dans le cas de la France, situation démographique préoccupante. C'est ce complexe de facteurs qui induit la recherche de solutions nouvelles, dont fait partie la volonté de réduire la mortalité et d'améliorer les conditions de vie et de santé des populations. Très vite, la lutte contre la mortalité infantile a été considérée comme prioritaire, aux côtés de la prévention des maladies contagieuses.

C'est l'analyse de ce mouvement qui est l'objet de cet article, appliquée aux expériences françaises et canadiennes, du milieu du siècle dernier au milieu du XXe siècle : comment la France et le Canada ont-ils vécu cet aspect de la transition démographique ? Comment ont-ils formulé la protection de la santé de l'enfant ? Quelles étapes ont été les plus marquantes ? Peut-on repérer des constantes dans l'un et l'autre ensemble géographique ? Quelles sont les différences les plus nettes et peut-on les expliquer ? Telles sont quelques-unes des questions que l'on peut se poser et qui ont guidé cette recherche. Mais la présente contribution est moins une réponse assurée à toutes ces questions qu'une esquisse des problèmes à approfondir dans le cadre d'une analyse plus systématique et plus cohérente d'histoire comparative.

La comparaison ne peut en effet être aujourd'hui qu'embryonnaire, compte tenu de l'état d'avancement de la recherche. Nous nous sommes appuyée d'abord sur notre propre connaissance de l'expérience française. Puis la lecture d'un certain nombre de travaux canadiens, en particulier québécois, nous a donné quelques aperçus de l'expérience canadienne. Le travail

de Denis Goulet et d'André Paradis (1992) a fourni un précieux canevas chronologique. Les mémoires de maîtrise d'histoire de Martin Tétreault (1979), de Carole Dion (1984) et de Claudine Pierre-Dechènes (1980) nous ont considérablement aidée à pénétrer dans la réalité sociale et démographique canadienne². Enfin, un certain nombre de travaux sur les divers pays du monde nous ont permis de mieux situer les expériences française et canadienne et de formuler quelques hypothèses, certaines méritant sûrement des vérifications.

Le texte qui suit est découpé en trois points. Le premier point est une analyse des motivations qui ont poussé les pouvoirs publics à intervenir davantage dans le domaine de la protection de l'enfant, le deuxième point une analyse des moyens mis en œuvre, et le troisième une description plus chronologique des évolutions démographiques et du processus de différenciation sociale et géographique, en relation avec les mesures prises et les actions menées.

À travers ces divers niveaux d'analyse, nous verrons se dessiner, par-delà de sensibles divergences dans les motivations et les moyens mis en œuvre, une convergence remarquable qui, selon nous, tient à la fois à la proximité de certains traits structuraux anciens et au modelage d'une nouvelle culture autour de l'enfance, résultat des échanges internationaux accrus de la fin du XIXe siècle et du XXe siècle.

Au préalable, soulignons une différence majeure concernant la répartition des pouvoirs au sein des deux pays. Dans un pays comme la France, depuis longtemps centralisé, rien ne s'oppose en principe à ce que l'État, par l'intermédiaire des ministères et des services extérieurs qui en dépendent, prenne des mesures d'intérêt général dans les différents domaines de l'instruction publique, de la santé et de l'assistance, en respectant les procédures législatives en vigueur, celles-ci étant plus complexes à partir de la Troisième République. Rappelons que, jusqu'à la création du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en 1920, le champ de la santé et de l'action sociale a dépendu du ministère de l'Intérieur. Ce qui importe, ce sont les moyens mis en œuvre pour appliquer les principes adoptés, moyens en personnel, moyens financiers :

² Nous remercions vivement Nicole Marcil-Gratton, du Département de démographie de l'Université de Montréal, et Thérèse Locoh, du CEPED, de nous avoir permis de consulter à Paris ces travaux, dont les références complètes sont citées en bibliographie. Sans le soutien du Département de démographie, ce travail n'aurait pu être mené à bien.

or ces moyens, dans le champ sanitaire et social, ne se sont développés que très lentement, les collectivités locales et le secteur privé assumant les plus lourdes charges.

Au Canada, le principe d'un partage assez strict entre autorités provinciales et gouvernement fédéral régit le champ de la santé et des affaires sociales. Ainsi l'article 92 de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique (1867) confie-t-il la santé et le bien-être social aux provinces et non aux autorités fédérales. En conséquence, la protection de l'enfance, dont il n'est pas question dans l'Acte lui-même, a été conçue comme relevant principalement des autorités provinciales. En revanche, la fédération intervient en droit pénal et peut intervenir, avec l'accord des provinces, par le biais de programmes d'aides financières (assistance sociale, programmes de soins de santé); la protection des enfants des populations «autochtones» relève de l'autorité fédérale. C'est après la Seconde Guerre mondiale (1948) que le principe d'une intervention fédérale a été plus nettement affirmé, le débat sur les compétences respectives étant toujours d'actualité (Conseil canadien, 1978).

LES MOTIVATIONS

Les raisons qui ont conduit les pays à s'intéresser de près à l'enfance peuvent être très diverses, certaines étant d'ailleurs bien anciennes. Depuis le Moyen-Âge, les États se sont préoccupés de l'accueil des enfants abandonnés : le plus souvent ce sont des institutions religieuses qui ont eu la mission de recevoir et de nourrir ces enfants. Au milieu du XIXe siècle, cette charge est toujours au cœur de la responsabilité publique et, à vrai dire, c'est la seule qui soit véritablement codifiée. Concernant ces enfants, la France vit sous le régime d'un décret adopté en 1811 qui définit les différentes catégories d'enfants assistés par l'État (les enfants trouvés, les enfants orphelins pauvres et les enfants abandonnés), les modalités de l'accueil et le financement du service. Ce sont les hospices d'enfants trouvés qui sont chargés de recueillir les enfants abandonnés, par le système du «tour» (meuble pivotant placé dans l'épaisseur d'un mur) qui garantit l'anonymat. Très vite après leur admission, les enfants sont conduits chez des nourrices rurales. La mise en nourrice, encore très fréquente à cette époque, touche probablement un enfant sur dix et concerne bien d'autres enfants que les abandonnés, mais la surveillance des nourrices et de ce qui commence à devenir l'«industrie nourricière»

incombe aux seules municipalités, certaines villes (Paris, Lyon) ayant adopté des réglementations en la matière.

De même, au Canada, parmi les enfants, seuls les enfants trouvés sont véritablement l'objet d'une intervention spécifique des pouvoirs publics : périodiquement, la Couronne donne des fonds à la province de Québec pour venir en aide aux malades mentaux, ainsi qu'aux enfants trouvés. Ce sont des congrégations religieuses qui assument la charge de ces enfants, le système du tour ayant été adopté comme en France et dans d'autres pays européens. À la crèche Saint-Vincent-de-Paul à Montréal, un berceau a été aménagé dans un endroit chauffé entre deux portes pour recevoir les nouveau-nés (Cliche, 1990). Au Canada comme en France, les résultats démographiques de ces modes d'accueil paraissent catastrophiques. D'après les statistiques concernant quelque 15 000 enfants qui ont transité par la crèche d'Youville des Sœurs grises à Montréal, la mortalité est de l'ordre de 80 % à 90 % entre 1820 et 1871 (Gossage, 1987). En France, l'enquête menée en 1860 à la demande du Conseil d'État donne des résultats similaires : la mortalité moyenne s'établit à 50 %, mais certains départements connaissent des taux de mortalité infantile de 70 %, 80 % et 90 % (France, 1862). La phrase prononcée par le Dr Villermé dans les années 1830 restait d'actualité : «Ici, on fait mourir les enfants trouvés aux frais du public» (Villermé, 1838). Dans les deux cas, semble-t-il, le souci de la vie spirituelle, dont témoigne l'importance du baptême, et la sauvegarde de la moralité, dont témoigne le médiocre statut des enfants nés hors mariage, continuent à primer sur le souci de la survie physique des nourrissons.

Il existait d'autres signes de l'encouragement public à protéger quelque peu les enfants et à prévenir certaines maladies. La vaccination antivariolique en est un, mais à l'époque la vaccination n'était obligatoire ni en France ni au Canada. Seules étaient soumises à l'obligation des catégories spécifiques de la population, par exemple les enfants abandonnés et les enfants scolarisés, ce qui, dans certains cas, pouvait remplacer l'obligation générale. En France, la loi Guizot de 1831 avait rendu la vaccination obligatoire pour tous les élèves des écoles élémentaires communales, obligation étendue en 1851 à l'ensemble des écoles élémentaires, mais l'application de ces lois n'était sûrement pas générale. La fréquence de la vaccination dépendait du bon vouloir des autorités locales, des fonds disponibles et de la bonne volonté des populations locales. Ainsi, à Québec,

la nomination de médecins vaccinateurs, en 1862, fut suivie quelques années plus tard par le déblocage de fonds pour assurer la vaccination gratuite des enfants pauvres de la ville. Mais les populations ne se pliaient pas volontiers à cette pratique : il existait de très nombreux prétextes pour éviter de soumettre les enfants à l'opération, la résistance étant peut-être d'autant plus forte que les protocoles de vaccination n'étaient pas toujours solidement établis, d'où un risque d'échec, faible néanmoins. Ces résistances se transformèrent dans les années 1870 au Canada, comme en Grande-Bretagne, en mouvements contre la vaccination obligatoire (Paradis, 1988 : 78-79), mouvements qui formèrent un véritable groupe de pression jusqu'au début du XXe siècle.

C'est parce que la mortalité dans l'enfance a été considérée à partir d'un certain moment comme «excessive» et comme «évitable» que se profile une attitude plus interventionniste des pouvoirs publics. La priorité accordée à la moralité et au salut spirituel cède progressivement du terrain face à de nouvelles exigences liées au développement économique et social et, dans le cas français, à la situation démographique.

Ces motivations peuvent être regroupées sous trois rubriques, telles que les a énoncées un médecin et homme politique français, le Dr Théophile Roussel³ : justice sociale, humanité et intérêt national ou patriotique. En développant ces trois motifs, nous verrons en quoi les expériences des deux pays peuvent se rapprocher ou au contraire s'éloigner l'une de l'autre.

L'intérêt national

Lorsque les médecins et les notables français se réfèrent, parlant de la mortalité des enfants, à l'intérêt «national» ou patriotique, ils ont clairement à l'esprit un raisonnement simple, à connotation essentiellement démographique. Comparée à celle des pays voisins (Angleterre, Allemagne), la population de la France s'accroît très lentement, cela étant lié à une faible fécondité et à une mortalité moyenne : comment réduire ce «différentiel de croissance», pour utiliser une expression contemporaine ? On ne croit pas, à l'époque, possible et souhaitable d'agir sur la fécondité, qui relève du strict domaine

³ Il a laissé son nom à une loi protectrice de l'enfance (la loi Roussel sur les enfants en nourrice) adoptée en 1874.

privé. Reste à peser sur la mortalité. Les enfants fournissent des effectifs de décès considérables : un décès sur trois concerne les enfants âgés de moins de cinq ans (environ 300 000 décès sur un peu plus de 900 000 en 1865). Donc, toute réduction de la mortalité dans l'enfance se traduirait par des gains numériques conséquents.

Il importe de préciser les deux notions de «mortalité excessive» et de décès «évitables», qui fondent la démarche des contemporains. La mortalité est doublement excessive en France. Elle l'est de façon interne puisque les gains de survie sont incapables de compenser la faible productivité des mariages. Elle l'est aussi lorsqu'on examine les différences de mortalité selon les catégories de population, enfants élevés chez leurs parents, enfants placés en nourrice, enfants abandonnés, enfants nés hors mariage. Étant donné les effectifs en cause, on croit fermement que toute action en faveur d'une meilleure protection des catégories fragiles de la population aura des effets positifs sur la mortalité de l'enfance en général. La mortalité est enfin excessive de façon externe, c'est-à-dire lorsqu'on la compare à celle des pays voisins. La comparaison porte surtout sur la Grande-Bretagne — ce qui n'est d'ailleurs pas toujours facile, compte tenu du mode d'enregistrement des événements — et sur les pays scandinaves. Par rapport à un pays comme la Suède, la situation française paraît très défavorable et semble liée en particulier à un écart dans le domaine de l'instruction.

La notion d'«évitabilité» se réfère à deux types de raisonnement : d'une part, de nouveau, la comparaison des différentes situations internes et la comparaison internationale conduisent à croire que des progrès sont possibles, que ce qui est atteint dans tel milieu social ou dans tel pays est envisageable, moyennant certains efforts, pour le pays tout entier. D'autre part, parmi les partisans du mouvement en faveur de l'enfance, les médecins, notamment les «hygiénistes», sont persuadés qu'ils peuvent, par leur action directe auprès des familles, et par leur action indirecte, en influençant les programmes sanitaires publics, modifier réellement les conditions de vie et de survie des enfants. Sans disposer de moyens techniques réellement nouveaux concernant les enfants, en dehors de la pesée des nourrissons, ils croient pouvoir influencer les comportements et ils s'organisent en ce sens en groupes professionnels actifs (Rollet, 1990 : 21-25).

Le raisonnement autour de l'«intérêt national», on le voit, est essentiellement démographique, quantitatif, et ce type d'argumentation demeurera en France extrêmement présent jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, même si l'aspect qualitatif est aussi mentionné : ce sont des générations plus nombreuses, mais aussi plus «vigoureuses», que le Dr Boudet appelle de ses vœux à l'Académie de médecine en 1866. Par comparaison avec la France, le Canada met davantage l'accent sur ce deuxième aspect. Claudine Pierre-Dechènes (1981) a bien montré que ce qui préoccupe les Canadiens, en effet, dans les années 1880, c'est moins l'aspect quantitatif que l'aspect qualitatif : c'est la santé, la vigueur des populations, plus que le nombre. La notion de vitalité et son opposé, celle de dégénérescence, sont, comme en Grande-Bretagne (Dwork, 1987) et dans plusieurs pays intensément ouverts aux migrations, au cœur du mouvement en faveur de la lutte contre la mortalité infantile. Ce qu'il importe de préserver et de renforcer, c'est un fonds «génétiquement sain», une population apte à produire économiquement et à se reproduire. Ce que l'on craint, c'est une «détérioration physique, morale et même mentale de la population». «Au point de vue économique, l'idéal de la santé, c'est une organisation vigoureuse assurant une longue vie, qui, dans toutes ses phases, permette au sujet de fournir la plus grande somme de travail possible, et de léguer au pays une postérité vaillante, quand il a cessé de vivre⁴.» Or l'observation des conditions de vie des nouvelles populations urbaines conforte l'idée de dégénérescence : populations résistant mal aux maladies ou inaptes au travail, enfants en mauvaise santé et mourant prématurément. C'est un «gaspillage de vies humaines» qu'il faut faire cesser.

Beaucoup plus tard, dans les années 1920, le motif avancé dans la province de l'Ontario pour réduire la mortalité dans l'enfance se situe toujours pour l'essentiel sur le registre de la vitalité de la génération future : l'indifférence vis-à-vis des altérations de la santé dans la prime enfance «sème la débilité, les malformations et l'insuffisance de vitalité chez les survivants, qui pourtant ont des devoirs de citoyens à accomplir; elle n'est pas étrangère non plus à la dégénérescence physique de la race, que nous devons nous résigner à voir gagner du terrain autour de nous dans les grandes villes. Ainsi se peut-il

⁴ A. Nicolas, 1884, «La valeur économique de la santé», *Journal d'hygiène populaire*, I, 7 et 8 : 73, cité par Pierre-Dechènes (1981).

que ces bébés faibles et mal en point, s'ils ne reçoivent pas les soins nécessaires, deviennent des hommes et des femmes infirmes et mentalement déficients et aillent grossir la population des hôpitaux, des prisons et des refuges»⁵.

Le raisonnement, on le voit, rejoint davantage la pensée des eugénistes anglo-saxons que celle de la majorité des démographes français. Mais il faut nuancer cette proposition. D'une part, le Canada, du moins en certaines régions, a pu adopter, comme bien d'autres pays européens, un raisonnement plus directement démographique et même populationniste à d'autres moments de son histoire, notamment entre les deux guerres : c'est ce qui ressort de l'étude consacrée aux rapports médecins-mères au Québec par Andrée Lévesque (1984). «Le discours médical est alors, écrit-elle (p. 27), uniformément nataliste», c'est-à-dire très proche de celui qui est tenu en France. Il importe fortement à cette époque de maintenir le niveau de la fécondité, ainsi que de réduire la mortalité infantile, en agissant directement auprès des mères. Dans les années 1920, une femme qui conseille les mères se réjouit du fait que le Canada n'ait pas suivi l'exemple français de la dépopulation volontaire et du malthusianisme : «Grâce à Dieu, le Canada n'en est pas encore là, mais la natalité élevée n'est-elle pas frustrée de ses heureux effets par les ravages de la mortalité infantile ? Et oppose-t-on à ses ravages tous les moyens de défense dont on dispose de par la nature elle-même, aidée par le secours de la science ?» (Fléchette-Handfield, 1922 : 17).

D'autre part, la pensée eugéniste, sans avoir rencontré l'audience qu'elle a trouvée en Grande-Bretagne, a eu en France ses défenseurs, dont le Dr Pinard, un obstétricien français qui s'est essentiellement consacré à l'étude de la «puériculture anténatale» ou «intra-utérine» : il souhaitait favoriser la venue au monde d'enfants bien constitués et en bonne santé (Lefaucheur, 1991). D'ailleurs, il serait un peu vain d'opposer radicalement ces deux courants : si certains eugénistes se sont déclarés résolument hostiles à la croissance démographique, les partisans de l'accroissement quantitatif de la population ne se sont jamais opposés à l'amélioration de la qualité de celle-ci, bien au contraire.

D'ailleurs, le souci de la qualité de la population rejoint la préoccupation économique, celle de rentabiliser au mieux les

⁵ A. Brown, 1918, «Infant and Child Welfare Work», *Canadian Public Health Journal*, 7 : 147, cité par Comacchio, 1992 : 107. Notre traduction.

investissements consentis par les pouvoirs publics, qu'il s'agisse du financement des vaccinations, des hôpitaux, de l'accueil des enfants assistés, des frais d'accouchement, de l'aide aux mères pauvres, etc. La notion d'enfant comme «capital» — «capital des capitaux», dira le ministre Waldeck-Rousseau à la fin du XIXe siècle — est partagée de part et d'autre de l'Atlantique. Ce sont donc finalement des expressions différentes de l'«intérêt général» qui sont en jeu autour de la survie des enfants, mais qui se complètent plus souvent qu'elles ne s'opposent.

La justice sociale

Un deuxième enjeu est aussi très présent dans les débats autour de l'enfance, soit la question de la «justice sociale», qui prend là aussi une tournure différente en France et au Canada. Ce sont en vérité plusieurs aspects de la «question sociale», c'est-à-dire du rapport entre classes dominantes et classes dominées, qui traversent la question de l'enfance. Un aspect est en voie d'être réglé, en France comme au Canada, celui de l'exploitation directe de la force de travail des enfants : les enquêtes de Villermé en France dans les années 1830 avaient ouvert la voie à des législations restrictives, la scolarisation obligatoire prenant efficacement la relève des réglementations. L'acte de 1885, au Québec, interdit le travail des garçons avant douze ans et des filles avant quatorze ans dans les manufactures, la journée de travail étant limitée pour tous à dix heures.

Un autre aspect de la question sociale est l'exploitation d'un groupe social par un autre par le biais de comportements touchant les enfants. Cet aspect est très présent dans les débats français, en particulier à travers la question du recours aux nourrices : pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille, les nourrices rurales pauvres doivent accueillir, pour les nourrir, de nombreux enfants des villes, cela au détriment de leur santé et de celle de leurs enfants. En même temps, les classes pauvres urbaines perdent beaucoup de leurs enfants en nourrice, ce qui alimente la conscience de l'«excessive mortalité des nourrissons». Pire encore est la situation des femmes de la campagne, qui quittent foyer et enfant pour se placer comme nourrices en ville, stratégie de survie là encore, mais qui condamne bien trop souvent l'enfant de la nourrice. Ce sont d'ailleurs les chiffres de mortalité de ces différentes catégories d'enfants, ainsi que ceux des enfants abandonnés, qui ont donné lieu aux débats les plus animés dans le courant des

années 1860 et 1870. C'est finalement l'«industrie nourricière», avec ses injustices, ses abus et ses formes d'exploitation, qui focalise toutes les attentions et entraîne l'adoption de la première loi française de protection de l'enfance (Rollet, 1990).

Au Canada, on peut émettre l'hypothèse que c'est plutôt l'excessive mortalité urbaine, là où arrivent aussi les flux de nouveaux immigrants, qui retient l'attention. Les familles urbaines gardant beaucoup plus souvent leurs enfants qu'en France, même si la «mise en nourrice» n'avait pas été ignorée au XVIIIe siècle (Gauvreau, 1987), la surmortalité urbaine était beaucoup plus visible qu'en France⁶. La ville de Montréal, par exemple, connaissait dans les années 1880, et sans doute depuis bien longtemps, des taux de mortalité infantile dépassant largement 200 pour mille (Gaumer, 1993; Gaumer et al., 1994). À la veille de la guerre de 1914, pour l'ensemble de la ville, le taux moyen atteignait encore 268,6 pour mille en 1905-1909 et 220,2 pour mille en 1910-1914. Toronto, en 1909, n'était pas loin d'atteindre ces niveaux, avec un taux de 230 pour mille (Comacchio, 1992 : 101). Il est hautement probable que ces niveaux très élevés de mortalité infantile urbaine ont puissamment poussé les autorités municipales à envisager des mesures spécifiques pour les enfants. La conscience existait en effet que ces niveaux de mortalité urbaine étaient absolument excessifs, spécialement chez les Canadiens français. Juste avant la grande épidémie de variole de 1885, les taux étaient respectivement de 287,1, 147,4 et 172,7 pour mille pour les trois communautés des catholiques francophones, des autres catholiques et des protestants. La mortalité était, on le voit, nettement plus élevée dans le premier groupe que dans les deux autres, et cela régulièrement jusqu'au début du XXe siècle (Tétreault, 1983 : 512).

Pour des raisons qui tiennent aux modes d'organisation sociale et aux modes de vie, il semble donc bien que l'observation des différences de mortalité, motrice des actions à entreprendre, se soit greffée ici sur la mise en valeur de la

⁶ La pratique de la mise en nourrice masquait les vrais niveaux de la mortalité infantile urbaine française. Ainsi, en 1887-1888, les taux «apparents» de mortalité infantile sont respectivement, dans les trois villes de Paris, Lyon et Marseille, de 150, 135 et 188,5 pour mille. En tenant compte des placements en nourrice, nous avons pu calculer les taux corrigés suivants : 212, 259 et 220 pour mille. Certaines villes connaissaient des taux plus élevés encore : plus de 250 pour mille à Reims et plus de 300 pour mille à Rouen dans les années 1880.

surmortalité urbaine, spécialement dans certaines communautés; en France, elle se serait davantage fondée sur la surmortalité liée à certains modes de garde et modes d'allaitement, notamment dans les placements ruraux.

Un troisième aspect de l'enjeu social est lié à la peur des désordres consécutifs aux maltraitements, négligences et mauvaises influences s'exerçant sur les enfants : on craint l'inadaptation, la déviance, la criminalité. Le danger d'une protestation sociale des classes laborieuses ayant vécu une enfance malheureuse est présent dans les esprits, l'idée de la culpabilité de l'enfant lui-même cédant la place à celle de l'enfant «victime», comme le souligne Jean-Marie Renouard (1990). Pour des raisons d'ordre intérieur, de «police» urbaine, il importe là encore de contrôler les conditions de vie des enfants, ceux qui vivent dans les rues, ceux qui sont exploités, et, en amont, de réprimer les situations de maltraitements intrafamiliales pouvant entraîner la mort de l'enfant.

Cela suppose la confrontation en certains cas de deux principes, d'une part le principe ancien de la «*patria potestas*» («puissance paternelle»), issu du droit romain, qui donne au père une prééminence sur tous les autres membres de la famille, d'autre part le principe du «*parens patriae*», issu de la pratique juridique anglo-saxonne, qui donne à l'État le rôle d'un père pour la patrie, l'État pouvant donc jouer un rôle de parent à l'égard des faibles (Conseil canadien, 1978). C'est la confrontation de ces deux principes qui conduira la France comme le Canada à adopter certaines dispositions restreignant la puissance paternelle et permettant en théorie une meilleure survie physique et morale des enfants.

L'humanité

Enfin, le troisième enjeu a souvent été évoqué par les contemporains, c'est l'enjeu «humanitaire» : protéger l'enfant, améliorer ses conditions de vie et de survie, n'est-ce pas d'abord reconnaître que l'enfant a lui aussi des droits, droits que la puissance publique doit chercher à faire respecter s'ils sont bafoués, droits que la puissance publique doit chercher à promouvoir ? Issus de la théorie des Droits de l'homme, ces droits en fait ont été très longs à émerger, aussi bien dans les principes que dans la pratique. Certes, dès le milieu du siècle dernier, il y eut des textes évoquant ces droits, notamment, pour la France, celui du même Dr Boudet :

Un jour viendra sans doute, où l'on comprendra que s'il y a des droits pour le citoyen et le père de famille, l'enfant possède aussi des droits dès sa naissance, et que cette existence qu'il a reçue sans son aveu, est digne de protection [...]. Si la paternité a ses droits, elle a les plus impérieux devoirs, et les enfants ont aussi des droits d'autant plus sacrés qu'ils sont incapables de les faire respecter (Boudet, 1869).

Cependant, la référence à l'«intérêt de l'enfant», si commune pendant un siècle, sera bien souvent le masque des intérêts variés que nous venons d'évoquer, équilibre démographique, souci de la qualité des générations, sentiment d'injustice sociale, conscience des différences ethniques. C'est qu'en vérité il a été très difficile pour les décideurs de quitter leur optique d'adultes protecteurs pour tenter de rechercher globalement et dans le détail ce qui pouvait constituer réellement «l'intérêt» de l'enfant, ce qui correspondait véritablement à des besoins qui lui seraient propres. La référence «humanitaire», souvent sincèrement sollicitée depuis plus d'un siècle lorsqu'on évoque l'enfance, a certainement été extrêmement longue à s'ancrer dans une expérience réelle : sans doute n'est-elle entrée dans une phase active que depuis quelques années, mais nous sortons là du cadre chronologique imparti à ce texte.

LES MOYENS

L'analyse des moyens est évidemment fondamentale pour tenter de différencier les expériences canadiennes et françaises, les discours donnant simplement le cadre général des préoccupations et n'étant pas toujours suivis d'applications.

Pour faciliter l'exposé, nous distinguerons trois types de moyens mis en œuvre pour protéger les enfants des maladies, les maintenir en bonne santé ou les soigner : des moyens relevant d'une stratégie de police sanitaire et de contrôle judiciaire et transitant essentiellement par des mesures législatives, des moyens relevant plutôt de pratiques délocalisées de soins de santé et d'assistance sociale, et des moyens passant par une action en direction des mères et des familles (allocations et éducation).

Ces trois stratégies se sont plutôt succédé dans le temps, mais elles ne sont absolument pas contradictoires, les unes et les autres pouvant être appliquées complémentaires.

Les mesures de police sanitaire

Pour commencer, rappelons que les enfants ont bénéficié des mesures générales d'assainissement des villes, sous la forme notamment de l'accès à de l'eau potable, de la réduction de l'exposition aux risques des maladies transmises par les matières fécales, de l'amélioration de l'habitat. Ces mesures sont passées par l'organisation de bureaux d'hygiène, en France comme au Canada, les villes se dotant de structures d'intervention en cas d'épidémie et d'instruments permanents d'action (Goulet et Paradis, 1992). À titre d'exemple, citons l'organisation, dans le courant des années 1890 à Paris, du casier sanitaire des habitations, structure permanente d'enregistrement du bâti et de la population résidante et permettant une intervention immédiate en cas de signalement d'une maladie contagieuse. En 1889, un service au sein du ministère de l'Intérieur s'est spécialisé dans l'assistance et l'hygiène publiques, un «Comité supérieur de protection des enfants du premier âge» s'étant consacré dès les années 1870 aux questions relatives à l'enfance ⁷.

Au Québec, on suit pas à pas la construction de la structure administrative impliquée par l'hygiène publique, avec ses avancées et ses reculs : le principe d'un bureau de santé est adopté dans la ville de Québec dès 1849 mais il faut attendre les années 1890 pour que son fonctionnement devienne permanent. Celui de Montréal, officiellement établi en 1877, disparaît deux ans plus tard, absorbé par la commission de police, pour être rétabli en 1881. La province tout entière se dote d'une commission d'hygiène en 1886, après l'épreuve d'une grave épidémie de variole (Dion, 1984 : 11, 22; Pierre-Dechênes, 1980 : 36; Goulet et Paradis, 1992). L'Ontario a été la première province à se doter d'un département de l'enfance («Child Welfare Division») au sein de son bureau de santé (Comacchio, 1992); la ville de Montréal fait de même en 1918, la nouvelle division de l'hygiène de l'enfance étant dirigée par le docteur Eugène Gagnon (Gaumer et al., 1994 : 143). Au niveau fédéral, c'est en 1920 que l'enfance bénéficie d'un service spécialisé du ministère de la Santé (Conseil canadien, 1978) ⁸.

Notons qu'au Canada comme en France, la vaccination antivariolique n'est imposée qu'au début du siècle : en 1901 au Québec, en 1903 dans l'ensemble du Canada, en 1902 en France.

⁷ Sur l'ensemble des structures s'occupant directement ou indirectement de l'enfance, voir Rollet, 1990, notamment le chapitre VII, p. 279-315.

⁸ Il faut sans doute voir là l'influence du voisin américain.

L'adoption de mesures concernant les conditions de production, de conservation, de transport et de distribution du lait relève également de ce domaine de l'hygiène publique, avec des conséquences importantes pour les enfants. On sait en effet que les enfants sont de grands consommateurs de lait, dès lors qu'ils ne sont pas allaités par les mères ou les nourrices. Lorsqu'il est pollué lui-même, coupé d'eau souillée ou donné dans des récipients malpropres, le lait peut occasionner des accidents digestifs et être la cause de décès, seul ou associé à diverses maladies. Les contemporains étaient persuadés de la liaison entre allaitement artificiel et décès dus à des maladies des voies digestives; du reste, dans les villes canadiennes comme dans les villes françaises, cette catégorie de décès était particulièrement élevée, elle représentait jusqu'au tiers des décès, et même jusqu'à plus de la moitié des décès à moins d'un an dans une ville comme Rouen dans les années 1888-1893⁹. À Montréal, plus de 40 % des 45 000 enfants morts avant deux ans ont été emportés de 1906 à 1915 par une diarrhée infantile (Dion, 1984 : 83). La surmortalité estivale des enfants élevés à Paris au biberon est d'ailleurs un phénomène patent qui représente l'environnement encore très médiocre dans lequel vivaient les enfants en cette fin du XIXe siècle. La courbe des décès en forme de «tour Eiffel» que produisit l'obstétricien français Pierre Budin impressionna non seulement ses collègues mais aussi des médecins du monde entier¹⁰. Il y avait une réalité des maladies des voies digestives à laquelle, en partie, la politique de contrôle et d'hygiène du lait (et de l'eau) remédia.

Ce processus fut lent. On en voit les premières traces en France dans les années 1880. Il s'agit d'abord de contrôler la qualité du lait, d'éviter les fraudes, les falsifications, les coupages abusifs avec n'importe quels produits, etc. Il s'agit ensuite de contrôler le produit à sa source, ce qui passe par la tuberculisation des vaches et le contrôle des opérations de traite et de conservation du lait, en particulier la pasteurisation et la stérilisation. Si la qualité du lait (pourcentage de crème, pureté) s'est beaucoup améliorée au début du XXe siècle, sinon dans toute la France, du moins dans certaines villes, à la suite de législations plus contraignantes et de campagnes

⁹ 62,6 % en 1888, 54,9 % en 1890, 63,1 % en 1892 (Rollet, 1990 : 469).

¹⁰ Voir Rollet, 1990 : 465, figure 13, représentant l'évolution hebdomadaire des décès par diarrhée selon le mode d'allaitement durant l'année 1898. Budin fit cette intervention lors du Xe Congrès international d'hygiène et de démographie, à Paris, en 1900.

répétées, il faut attendre l'entre-deux-guerres pour qu'une véritable législation d'ensemble concernant le lait et les produits laitiers, notamment l'obligation de la pasteurisation, soit adoptée (1935) (Rollet, 1990).

Le parallélisme avec la situation québécoise est à cet égard assez net, puisque l'obligation de la pasteurisation du lait n'intervient qu'en 1925, une loi ultérieure précisant les conditions de la production du lait pasteurisé. Antérieurement, ce sont de graves épidémies de fièvre typhoïde qui, à Montréal comme à Québec, jalonnent les différentes étapes du contrôle du lait, ainsi que d'ailleurs l'amélioration de la qualité de l'eau. À Québec, par exemple en 1889, du lait contaminé est tenu responsable de la flambée épidémique. L'année suivante sont adoptées à Montréal les premières mesures de contrôle des falsifications du lait. En 1894, la ville nomme un «inspecteur du lait». À la suite d'une nouvelle épidémie de fièvre typhoïde en 1909 à Montréal, les autorités municipales décident de chlorer l'eau. La pression exercée par l'association des médecins canadiens (Canadian Medical Association) par le moyen d'une Commission du lait a des effets, mais relativement tardifs sur le plan législatif (Goulet et Paradis, 1992; Gaumer et al., 1994). La province de l'Ontario adopte une loi rendant obligatoire la pasteurisation du lait en 1938 seulement (Comacchio, 1992). La tuberculisation des vaches fut rendue obligatoire au Québec en 1927 (Tétreault, 1983 : 525).

Un troisième volet de cette question du lait est celui de l'accessibilité au «bon lait», problème fondamental qui, étant souvent associé avec la surveillance médicale des bébés, sera traité plus loin.

Les législations protectrices de l'enfance

L'adoption de mesures législatives concernant directement l'enfance constitue un deuxième champ de ce dispositif ayant un caractère de surveillance médico-administrative. Ainsi, les différentes lois adoptées en France contribuent à élargir la population infantine dont la santé et les conditions de vie sont soumises au regard de l'État. Différentes catégories d'enfants sont visées par les lois, constituant progressivement le champ de l'enfance surveillée, assistée, protégée. Toute une stratification se dessine en un siècle, dont témoigne le vocabulaire administratif et juridique, la tendance étant historiquement celle de l'universalisation du processus de protection de

l'enfance, laquelle ne sera véritablement réalisée que par l'ordonnance de 1945.

Ces grandes étapes législatives françaises, ce sont la loi de 1874 visant les enfants placés en nourrice, les lois de 1889 et de 1898 visant les enfants maltraités et la loi de 1904 sur les enfants assistés. Chacune de ces lois correspond à une modalité d'intervention nouvelle de la part des pouvoirs publics, l'idée générale étant que l'État doit intervenir en cas de défaillance parentale. C'est l'argumentation avancée pour faire adopter la loi de protection des enfants en nourrice. Dans la mesure et uniquement dans la mesure où les parents choisissent ou sont contraints de se séparer de leurs enfants petits, la puissance publique se donne la mission d'exercer une surveillance des placements. Cette surveillance prend diverses formes administratives de déclaration; elle prend surtout le caractère d'une coordination administrative par des fonctionnaires départementaux (les inspecteurs des enfants assistés) et d'une inspection médicale régulière par des médecins libéraux investis d'une mission d'ordre public.

L'histoire de cette loi et de son application est fondamentale pour comprendre comment s'est construite en France l'organisation médico-sociale de la protection de l'enfance. Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, c'est en référence à cette loi de 1874 que se prononceront tous les médecins, fonctionnaires et hommes politiques s'intéressant à la santé de l'enfant. Le décret de 1935, seul texte antérieur à 1945 qui ait un caractère général, représente pour l'essentiel un élargissement de la loi Roussel (Rollet, 1990 : 257-273). Rappelons qu'avant la Première Guerre mondiale, environ un enfant sur dix était placé en nourrice, la guerre elle-même interrompant une pratique pluriséculaire.

La protection des enfants soumis à des maltraitances de la part de leurs géniteurs répond en partie seulement à ce même souci de sauver la vie des enfants, il s'agit plutôt de préserver l'avenir de ces enfants et de préserver l'ordre social, car l'existence d'enfants battus, corrompus représente une menace pour l'avenir. La confrontation du Code civil aux pratiques du droit anglo-saxon, liée aux échanges plus intensifs entre les États sur ces questions, permet l'adoption d'un principe tout à fait nouveau en France, celui du retrait de la puissance paternelle en cas d'abus. La loi de 1889 prévoit les cas où, sous la forme de jugements devant les tribunaux, le père se voit désinvesti de son autorité, l'idée étant que s'il n'accomplit pas les devoirs qui correspondent à ses droits, l'État est en droit de le relayer. Le

retrait de la puissance paternelle, qui a marqué durablement les pratiques administratives et surtout la conscience commune, aboutit au placement de l'enfant chez des personnes ou dans des institutions privées, ou bien à son inscription dans le service de l'Assistance publique.

La loi de 1898 réprime les actes de cruauté et de maltraitance envers les enfants.

Enfin, la loi de 1904 est plutôt une codification moderne des règles présidant à l'organisation du service des enfants assistés. Le législateur énumère les différentes catégories d'enfants recueillis par l'administration (Rollet, 1990 : 146), précise les modalités de leur prise en charge et définit les fonds nécessaires au service, en tenant compte de l'évolution des mentalités concernant les mères célibataires et leurs enfants. Le droit français a évolué lentement sur certains points : ainsi, la recherche de la paternité, qui permet de contraindre le père à participer à l'entretien de son enfant, n'a été rendue légale qu'en 1912, d'où probablement le maintien pendant plus longtemps qu'ailleurs de nombreuses structures d'accueil des enfants et des mères ¹¹.

Au Canada, les deux courants juridiques coexistent en relation avec la double influence anglo-saxonne et française (Conseil canadien, 1978). Dans différentes contributions et dans un article de ce même numéro, Renée Joyal montre quels cheminements le Québec a suivis pour assurer aux enfants une meilleure protection, les pouvoirs publics intervenant essentiellement en vue de maintenir la sécurité publique et de préserver les enfants les plus menacés. C'est dans cet esprit qu'est adopté dès 1869 l'*Acte concernant les écoles d'industrie*, loi visant les enfants de moins de 14 ans trouvés errants ou en compagnie de voleurs, les orphelins et les enfants dont le père a été condamné à une peine de prison ou de travaux forcés. On voit combien cette loi se rapproche des lois françaises de 1898 et de 1904, surtout lorsque l'on sait qu'aux catégories désignées en 1869 ont été ajoutées ultérieurement d'autres catégories d'enfants, dont les enfants battus et maltraités et les enfants de parents très pauvres : un souci voisin a guidé les législateurs, éviter que l'enfant maltraité et mal éduqué ne soit réellement

¹¹ Il vaudrait la peine de vérifier plus précisément cette hypothèse en comparant les pratiques françaises et britanniques et, au Canada, celles des anglophones et des francophones : les provinces ont-elles des législations sensiblement différentes et quelles sont, dans ce cas, les réponses institutionnelles ?

en danger physique et moral et ne devienne un danger pour la société. Mais le moyen préconisé diffère sensiblement puisque les enfants québécois ainsi confiés à la protection publique doivent rejoindre des écoles d'industrie, établissements collectifs d'accueil et de formation des enfants en danger, système qui existe en France, mais ne constitue qu'un dernier recours pour les enfants les plus «difficiles». Il resterait à préciser pour le Québec ce qu'il advenait des enfants les plus jeunes : sans doute étaient-ils eux aussi confiés à des nourrices. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre que la législation prendra une dimension plus large, avec un souci beaucoup plus net d'intervenir directement en faveur du bien-être de l'enfance, en prenant le risque que cette intervention se heurte aux intérêts des communautés religieuses et à ceux des pères de famille (Joyal, 1993, 1994).

Les soins de santé

Il est évident que toutes ces mesures législatives ne sont rien tant qu'elles ne sont pas transformées en pratiques sociales, en actions directes auprès des enfants et des familles. Or on peut montrer, tant en France qu'au Canada, qu'au-delà des pratiques induites par les cadres législatifs ou réglementaires, ce qui a joué massivement en faveur des enfants, ce sont des actions décentralisées, souvent «spontanées», entreprises parfois par l'initiative publique, souvent par le secteur privé.

La loi Roussel et les visites à domicile

Une place à part doit être faite aux méthodes protectrices appliquées en France dans le cadre de la loi Roussel. Nous l'avons vu : ce sont des médecins libéraux qui ont été chargés de surveiller les nourrices et les enfants qu'elles gardaient, là où les uns et les autres se trouvaient, c'est-à-dire surtout à la campagne.

Les médecins, payés à la vacation, devaient visiter l'enfant dans son placement selon un rythme défini par la loi : au cours de la première semaine du placement, puis tous les mois et sur réquisition du maire. Le système mis en place était donc celui de la visite à domicile, système classique en médecine libérale, mais connu aussi sous d'autres formes dans l'assistance aux familles pauvres. Dans ce dernier cas, en France comme dans d'autres pays d'Europe — nous pensons notamment à la Grande-Bretagne — c'étaient plutôt des femmes, souvent bénévoles, qui étaient impliquées dans le système des visites. L'innovation de

la loi Roussel est donc d'impliquer des médecins, en immense majorité des hommes, dans la protection de l'enfance.

Le travail de ces médecins peut être analysé selon trois dimensions, une dimension de «surveillance» pouvant impliquer des sanctions (ou des récompenses), une dimension médicale, curative et préventive, et une dimension éducative. Réprimer les abus a certainement constitué à l'origine une des missions prioritaires des médecins-inspecteurs, mais nous avons montré que cette fonction répressive a relativement vite cédé le pas à une fonction de conseil et d'éducation (Rollet, 1990 : 338-352), sans doute d'abord parce que l'action des médecins a dissuadé les plus mauvaises nourrices, qui ne subsisteront que dans les régions les plus difficiles d'accès.

Une autre raison expliquerait l'orientation plus médicale et éducative des médecins : leurs contacts renouvelés avec les nourrices les ont persuadés que les «abus» tant de fois dénoncés et qui causaient la mort des enfants tenaient moins à la mauvaise volonté des nourrices qu'aux structures mêmes de l'«industrie nourricière» : faiblesse des salaires versés, difficultés du lien parents-enfants et traumatismes subis par l'enfant, abandon de facto, isolement des nourrices, absence de services médicaux dans les campagnes, etc. Au moins dans les premiers temps de son application, les médecins procurèrent des soins médicaux aux enfants visités et aux enfants des nourrices. Plus tard, ces soins curatifs furent limités, pour éviter la concurrence.

Les médecins se firent donc éducateurs. Plus que dans n'importe quelle situation professionnelle, ils eurent là l'occasion, en même temps que la mission, de démontrer aux mères les pratiques les meilleures pour les nourrissons : comment préparer un berceau hygiénique, langer un enfant, donner un bain, cuire une bouillie digeste, etc. Ils firent par milliers des «leçons de choses» en puériculture, persuadés que les savoirs millénaires des mères devaient être remplacés par des savoirs plus scientifiques. Ils cherchèrent à convaincre les mères de soigner telle ou telle petite maladie (maladie de la peau, troubles digestifs), de vacciner les bébés. Ils pensèrent que tous les moyens de propagande étaient bons, d'où la vulgarisation de ces conseils sous la forme de tracts, de feuilles d'almanachs, de pages insérées dans des livres pieux, dans les actes officiels, sous la forme de livres, de brochures bien attachantes parfois illustrées. Il existe dans le courant des années 1870 et 1880 toute une série de publications de ce genre qui démontrent,

avant même l'ère pastorienne, l'existence de la volonté de modifier les pratiques dans un sens plus favorable à l'enfant.

La question se pose de savoir si, au Canada, ces méthodes de suivi rapproché de certaines catégories d'enfants ont été appliquées, en dehors bien entendu de la médecine libérale, accessible à la population de façon bien inégale, on le sait. En dehors aussi de ces visites à domicile telles qu'elles étaient accomplies par des femmes «visiteuses des pauvres» chargées de distribuer des secours et des soins. Il faudrait vérifier s'il existait au Canada, comme dans les grandes villes britanniques, ces systèmes des «health visitors» mis en place à partir du milieu du XIXe siècle.

Quoi qu'il en soit, la nécessité d'une action directe auprès des familles avec jeunes enfants est prouvée par l'existence au Canada, à la même époque qu'en France, de livres et brochures visant les mères. Ce sont des livres et des opuscules qui sont rédigés par des médecins en direction des mères, tels celui du Dr Grenier en 1871, celui plus complet du Dr Séverin Lachapelle en 1877 et, la même année, celui du Dr Paquin, au titre bien suggestif : «Le livre des mères ou instructions pratiques sur les principes fondamentaux de la propagation de la race humaine». En 1890 naît une revue entièrement consacrée à la vulgarisation de la puériculture et de la pédiatrie, intitulée *La Mère et l'enfant*, dirigée par le docteur Lachapelle et centrée sur la lutte contre la mortalité infantile. La revue manqua-t-elle de lecteurs et de lectrices ? En tout cas, elle disparut à la fin de l'année 1891 (Goulet et Paradis, 1992; Pierre-Dechènes, 1980 : 52; 1981 : 367-370).

On doit donc souligner ce fait : avant même que les médecins disposent de techniques radicalement nouvelles pour soigner les enfants malades et prévenir les maladies, au Canada comme en France s'est développé chez les médecins un souci éducatif aigu qui s'est traduit par ces premières tentatives de vulgarisation de l'hygiène et de la puériculture. Rester inactif face à la maladie d'un enfant devient impensable (Dion, 1984; Pierre-Dechènes, 1980 : 50).

Les consultations de nourrissons

Mais les formes de l'intervention des médecins vont changer sensiblement dans le courant des années 1890, cela étant lié selon nous à deux faits essentiels, l'efficacité de la lutte contre la fièvre puerpérale d'une part, la mise au point de techniques d'allaitement au biberon plus sûres d'autre part. La

maîtrise du risque iatrogène dans les maternités hospitalières a certainement libéré les obstétriciens d'un poids très lourd et leur a permis de s'intéresser aux mères en bonne santé et aux enfants nouveau-nés. Or cette « bataille » est gagnée, du moins dans les grandes maternités parisiennes, dans les années 1870-1880. Par ailleurs, les expériences de pasteurisation et de stérilisation du lait aboutissent à des applications pratiques dans les années 1891-1892. À Paris, l'obstétricien Budin, après une minutieuse préparation à l'Institut Pasteur, expérimente avec succès l'allaitement au lait stérilisé chez 106 nouveau-nés hospitalisés. Fort de ce succès, il se décide à ouvrir en juin 1892 une consultation de nourrissons qui lui permet de suivre les enfants nés et de conseiller les mères en leur prescrivant, au besoin, du lait stérilisé (Rollet, 1990 : 157-161, 355-356).

Ce mode d'action connut un réel succès, en France comme dans de nombreux pays du monde. Souvent appelées « Gouttes de lait », ces consultations, centres polyvalents de soins, d'éducation et d'aide sociale tout à la fois, se multiplièrent à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle. En 1905 se tenait le premier congrès international des Gouttes de lait, lieu d'échange des expériences déjà multiples qui s'étaient accomplies dans le monde. En France, à la mort de Budin, il y avait 494 consultations de nourrissons et Gouttes de lait; entre les deux guerres, leur nombre s'éleva à plus de 4000¹². Les consultations étaient d'origines variées, privées, associatives, municipales, hospitalières.

Il semble que la création d'institutions similaires intervint au Canada une dizaine d'années plus tard, à l'aube du XXe siècle. C'est en 1901 que s'ouvrit à Montréal un premier dépôt de distribution de lait stérilisé, à l'initiative du Montreal Foundling and Baby Hospital, affilié au « Montreal Local Council of Women »¹³. La même année, grâce à l'appui de la présidente de l'hôpital Notre-Dame, active dans cette même association féminine, un dépôt similaire s'ouvrit dans l'est de la ville, dans la partie francophone. Sa durée de vie fut très brève puisque la Goutte de lait ferma ses portes au bout de huit mois, faute de ressources financières suffisantes (Pinard, 1983 : 191). En distribuant gratuitement du lait stérilisé, les médecins espéraient « attirer les mères et leurs nourrissons aux

¹² Sur cette histoire de la naissance et du développement des consultations de nourrissons, voir Rollet, 1990, chap. VIII, p. 353-392.

¹³ Cette association datait de 1893 (Pinard, 1983 : 191).

consultations hebdomadaires» (Pierre-Dechênes, 1981 : 369). En fait, on le voit, les deux fonctions – distribution du lait, consultation médicale – étaient relativement séparées, ce qui rapproche davantage cette expérience du modèle anglo-saxon que du modèle français (Rollet, 1993a : 11). On aura noté en outre le rôle clé des femmes dans ces initiatives, du moins à leurs débuts (Le Collectif Clio, 1992 : 280-281).

Dans les années qui suivirent, d'autres Gouttes de lait furent créées, et en 1905 naquit une Fédération de la Ligue du lait pur et des Gouttes de lait de Montréal associant médecins anglophones et francophones. À la veille de la guerre, la création des Gouttes de lait prit à Montréal une tournure plus systématique, puisque le Dr Lachapelle réalisa, à la demande de la ville, un véritable plan de dotation des différents quartiers de la ville, notamment les plus pauvres, en de tels équipements. Ainsi, douze Gouttes de lait sont créées dans les quartiers les plus défavorisés en 1912. L'année suivante est organisé le premier Bureau central des Gouttes de lait de Montréal, sous la présidence du Dr Lachapelle, les deux objectifs assignés étant l'éducation des mères et la distribution du lait pur. Toujours en 1913 se tient la première Convention des Gouttes de lait. On le voit, la mobilisation autour des Gouttes de lait fut intense en ce début du XXe siècle (Têtreault, 1983 : 522-523; Pierre-Dechênes, 1980 : 57-61; Goulet et Paradis, 1992).

Est-il besoin de souligner combien la parenté des expériences canadiennes et françaises, dans ce domaine précis, est remarquable, avec cependant les différences notées plus haut sur une plus grande séparation des fonctions et sur le rôle des femmes ? La création de l'hôpital Sainte-Justine à Montréal en 1908, à l'initiative de femmes, notamment de Justine Lacoste de Gaspé Beaubien, n'a pas d'équivalent en France (Cohen et Dagenais, 1987). De même, l'implication des Cercles des fermières et des Women's Institutes dans la mise en place d'équipements pour mères et enfants a été sensible au Québec et en Ontario, ce qui n'a guère non plus d'équivalent en France (Desjardins, 1983). Comme l'expliquent plusieurs historiens (Dion, 1984 : 128-161; Pierre-Dechênes, 1980 : 53), l'alliance des hygiénistes et des féministes fut fructueuse au début du XXe siècle, témoignant de la réussite du modèle anglo-saxon désigné sous le nom de «maternalisme» (Rollet, 1993a : 12-14).

Pour l'Ontario, Cynthia Comacchio montre bien également l'importance de l'initiative féminine jusqu'en 1910. Ce sont les femmes qui avaient pris les premières initiatives pour fournir

du lait pur et conseiller les mères, dans le cadre des mouvements charitables et philanthropiques. Mais elle montre aussi comment s'amorce, cette année-là, un changement de méthode et d'esprit aboutissant à une relative mise à l'écart des femmes et à une reformulation des dispositifs préconisés.

L'éducation des mères

Curieusement, c'est le rapport demandé par la province de l'Ontario à une femme médecin, le Dr Helen MacMurchy, qui provoqua cette prise de conscience de la nécessité d'une large intervention publique, et donc d'une intervention plus nettement médicale et masculine. De l'examen des statistiques de mortalité infantile de la province de l'Ontario et de la ville de Toronto, elle conclut en effet : «Pour sauver les bébés, il faut une intervention menée à l'échelle du pays, par les gouvernements et la collectivité, et non par les individus» (Comacchio, 1992 : 101; notre traduction). La responsabilité des pouvoirs publics ne consiste pas à prendre des mesures visant directement tel ou tel type de causes, mais à éduquer les mères pour qu'elles évitent précisément la multitude des causes provoquant la maladie et la mort de l'enfant. Les mères elles-mêmes doivent exercer la responsabilité fondamentale d'élever les enfants et l'action des pouvoirs publics consiste seulement à les guider et à les éduquer : «Quoi que nous fassions, nous devons prendre garde de ne pas décharger [les mères] de leur responsabilité» (Comacchio, 1992 : 102; notre traduction). Les questions du lait, de l'environnement sanitaire, de l'habitat et même des revenus ne sont plus prioritaires comme auparavant.

À partir de ce moment-là, comme l'observent Cynthia Comacchio (1992) et Andrée Lévesque (1984), les promoteurs des actions en direction des mères et des enfants devinrent obsédés par le souci éducatif : la survie de l'enfant dépendait de la préparation de la mère à son rôle, il fallait tout mettre en œuvre pour initier celle-ci à ce rôle, pour lui en donner l'«intelligence» selon les résultats de l'observation scientifique. «La mentalité maternelle est à refaire», explique un médecin à son public (Dion, 1984 : 55). La guerre renforça cette conviction qu'il fallait diriger tous les efforts vers l'éducation des mères et que les médecins avaient en charge cette mission d'intérêt public. À côté de l'action proprement médicale des médecins auprès des enfants malades, qu'ils poursuivaient comme par le passé dans leur cabinet, il y avait place pour une action éducative qui s'exercerait auprès des enfants bien portants.

D'où le mouvement de création des «well-baby clinics», étroitement associé au mouvement des «home nursing visits» (visites à domicile), à l'image de ce qui s'expérimentait aux États-Unis (Meckel, 1990). La première clinique de ce type vit le jour à Toronto en 1912 dans le quartier d'accueil des immigrants : pas de soins médicaux, mais des conseils, notamment en matière d'alimentation. Durant la guerre, les autorités municipales mirent au point un système de protection plus rapproché : envoi à la mère d'une brochure sur les soins à donner aux enfants, visite à domicile par une infirmière de santé publique, incitation à fréquenter des cliniques avec pesée et conseils à chaque visite mensuelle.

Au début des années 1920, la ville de Toronto disposait de 28 cliniques de ce type, 16 849 bébés ayant été vus en 1917. Pour éviter toute concurrence avec les praticiens libéraux, tous les nouveaux bébés présentés aux pesées étaient signalés aux médecins traitants. En complément, les mères et les enfants étaient suivis à domicile par des infirmières visiteuses payées par la ville, chargées de vérifier que les conseils des médecins étaient appliqués. Des expériences similaires eurent lieu à Hamilton à partir de 1911 et à London à partir de 1915; dans les années 1920, la plupart des centres urbains de l'Ontario se dotèrent de ce système de clinique associée à des visites à domicile.

En même temps que le dispositif s'étendait géographiquement, les autorités provinciales cherchèrent à en faire bénéficier le plus grand nombre d'enfants : d'abord limitée à l'enfant très jeune (moins d'un an), la protection s'étendit à l'ensemble des enfants de moins de cinq ans et on tenta d'atteindre les classes moyennes. Finalement, les cliniques municipales furent placées sous le contrôle de la province lorsque celle-ci réorganisa son département de santé en 1920 (Comacchio, 1992).

À Montréal, ce modèle des dispensaires municipaux s'imposa en 1919. Il resterait à savoir dans quelle mesure il s'est agi de la reprise de certaines Gouttes de lait antérieures et quelle a été l'influence des nouveaux modèles plus axés sur le couple mère-enfant. En tout cas, l'association consultations-visites est bien un élément central du dispositif : en 1922, 17 758 consultations et 10 411 visites ont été effectuées dans ce cadre, et les infirmières constataient avec satisfaction : «D'une année à l'autre, disparaissent les préjugés qui ont été la cause de la mortalité excessive à Montréal» (Bulletin d'hygiène, 1922). Forte de son expérience positive, la Division de l'hygiène de

l'enfance de la ville décida de faire obligatoirement profiter de ses services toute la population infantile de la ville : tout enfant non inscrit dans une consultation devait en principe être vu à domicile, pour que soit constaté l'état de l'habitation, de la nourriture et des soins ordinaires dont il était l'objet. En 1927, il existait 27 dispensaires municipaux pour bébés. Par la suite, dans le cadre des unités sanitaires, un réseau de dispensaires et de cliniques ambulantes a été mis en place dans la province, des fonds spécifiques ayant été affectés à cet objet. Lors de l'enquête menée en 1928 après l'épidémie de fièvre typhoïde de 1927, il est noté qu'au moment des consultations, «on n'a pas adopté l'habitude de déshabiller les enfants pour les mettre sur la balance et pour les soumettre à l'examen du médecin» (Gaumer et al., 1994 : 147) : on est relativement loin de l'expérience française en la matière.

La France suivit le mouvement général, mais sans renoncer à l'esprit des consultations de nourrissons (des équipements polyvalents, lieux d'intégration des populations, de formation des mères, de distribution de lait, de soins médicaux) : elle s'efforça d'étendre rationnellement ce système de protection à des masses d'enfants plus grandes et à renforcer le suivi des familles par des visites à domicile. Ce dernier système n'était pas nouveau, puisque nous l'avons vu fonctionner dans le cadre de la loi Roussel. Cependant, il existe des différences sensibles entre l'ancien et le nouveau système, différences liées à l'influence exercée en France par le modèle américain, influence qui s'exerça également au Canada. Une différence importante tient aux nombres en jeu. Après la Première Guerre, il s'est agi de suivre, non plus seulement les enfants en nourrice, mais la grande masse des enfants vivant dans les centres urbains : il a fallu découper le territoire en circonscriptions sanitaires, établir une administration, un système de fichiers, etc. D'artisanal, le travail des visites à domicile a pris à ce moment-là, comme en Amérique du Nord, le caractère d'une activité rationnellement organisée, avec en conséquence une division du travail plus poussée. D'où une deuxième différence importante, les femmes ont été impliquées bien davantage qu'auparavant dans le rôle de visiteuses de l'enfance, intermédiaires entre les médecins et les familles. Précédemment évincées, comme professionnelles, des actions entreprises en faveur de l'enfant, les femmes sont redevenues des actrices à part entière, mais dans un strict partage des rôles (Rollet, 1990 : 398-408).

Sur ce point, encore une fois, les expériences canadiennes et françaises se sont rejointes entre les deux guerres, mais on aura remarqué que le cheminement pour arriver à ce rapprochement a été fort différent puisque, contrairement aux Françaises, les Canadiennes avaient joué dans les premières initiatives un rôle majeur. Une différence demeure : au Canada les sages-femmes ont été évincées du paysage médical, comme aux États-Unis : il n'y a plus de recensement des sages-femmes au Québec après 1891 (Goulet et Paradis, 1992); au contraire, ces professionnelles demeurent présentes dans le dispositif français, dans les maternités bien sûr, mais elles seront associées en outre entre les deux guerres aux activités de protection maternelle et infantile.

L'insistance sur l'éducation des mères s'est traduite au Canada (Lalou, 1994) comme en France par un effort sans précédent de vulgarisation de masse, par le moyen de conférences, de projection de films, d'expositions, plus tard d'émissions de radio, etc. L'année de la déclaration de la guerre, en 1914, il y eut à Montréal plus de 100 conférences sur le risque tuberculeux et sur la mortalité infantile. En France, des médecins comme le Dr Devraigne, obstétricien, et le Dr Germaine Montreuil-Straus prirent la relève du Dr Budin, mort en 1907 à Marseille en pleine tournée de conférences (Rollet, 1990, 1993b). Ces médecins s'inspirèrent directement et ouvertement des méthodes américaines orientées vers la diffusion de masse, par des moyens attractifs et scientifiques.

LES TENDANCES ET LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MORTALITÉ INFANTILE

«De tous les mouvements de réforme en faveur de l'enfance qui ont crû et prospéré entre les années 1880 et 1920, c'est celui de la santé publique qui a eu les effets les plus immédiats, les moins ambigus, les plus faciles à garantir avec précision, sur la vie des enfants canadiens»¹⁴ : telle est l'affirmation d'un historien étudiant l'enfance dans la société canadienne anglaise.

Affirmation séduisante, qui couronnerait parfaitement l'exposé des faits qui précède. Affirmation pourtant difficile à vérifier dans les cas qui nous intéressent comme dans la

¹⁴ Neil Sutherland, 1976, *Children in English-Canadian Society: Framing the Twentieth Century Consensus*, Toronto University Press, cité dans Conseil canadien, 1978 : 50-51.

généralité des cas étudiés par les historiens et les démographes. On observe d'un côté des objectifs et des moyens de lutte contre la mortalité infantile, de l'autre des statistiques de mortalité infantile et de causes de décès, mais sans qu'il soit facile, voire possible, de faire la jonction entre ces deux séries d'observations. L'efficacité des actions entreprises relève davantage et plus souvent, selon nous, de la croyance que de la preuve scientifique. Croyance qu'ont eue les contemporains en l'efficacité de leurs actes, ce qui est bien compréhensible lorsqu'on est dans le feu de l'action, mais aussi croyance des savants qui projettent sur l'analyse des évolutions sociologiques et démographiques des raisonnements mécanistes, dans le sens d'une relation fortement positive ou d'une absence totale de relation. C'est le problème général de l'évaluation des politiques démographiques et sanitaires qui est posé là, si difficile à résoudre.

Certains indices nous conduiraient pourtant à conclure dans le sens d'une efficacité réelle de certaines des actions relatées. Ainsi, pour la France, il est tentant de rattacher la rupture de la courbe de la mortalité infantile au tournant du siècle à la multiplication des interventions en direction des enfants et de leurs mères. La diminution sensible des décès liés aux maladies des voies digestives ne doit-elle pas être attribuée, au moins en partie, à la spécificité des actions justement destinées à surveiller l'alimentation des bébés, à fournir du lait stérilisé, à favoriser l'allaitement maternel ? Ce qui est troublant, cependant, c'est de constater que partout, là du moins où les statistiques en permettent l'observation, cette rupture de pente existe, que ces actions aient été tardives ou précoces, rares ou nombreuses. Comme si des facteurs en fait autrement plus puissants avaient constitué la toile de fond de ces évolutions, l'hypothèse climatique étant de plus en plus souvent évoquée (Rollet, 1994).

La comparaison des expériences françaises et canadiennes aurait pu nous servir de test intéressant : certains des décalages observés dans la façon de poser les problèmes, dans la façon d'y répondre, correspondent-ils à des différences sensibles dans l'évolution chronologique de la mortalité infantile ? On est obligé de constater qu'une comparaison stricte est impossible. Si nous disposons d'une série continue de statistiques pour la France, statistiques qui ne sont pas sans défauts du reste, il n'en est pas de même pour le Canada. Pour la période antérieure à la Grande Guerre, nous avons de belles séries, mais incomplètes. Les séries statistiques couvrant l'ensemble du territoire canadien commencent en 1920.

Les données montréalaises permettent néanmoins d'avancer l'hypothèse que le tournant du XXe siècle a également été bien marqué dans les courbes de la mortalité infantile. Les données fournies par Martin Tétreault (1983), particulièrement intéressantes, indiquent les taux pour chacun des quartiers de Montréal et pour chacune des communautés de 1880 à 1914, avec des lacunes en 1897, en 1903-1904 et en 1911. La tendance est certainement partout à la diminution nette, avec une accélération vers la fin des années 1890 et au début du XXe siècle. Il faut dire que les taux étaient extrêmement élevés au début des années 1880, le plus souvent supérieurs à 20 % et s'élevant parfois jusqu'à 30 % (dans le quartier Sainte-Marie par exemple). Les années qui suivent la grave épidémie de variole de 1885 sont encore très mortifères, mais la décrue s'amorce dans quelques quartiers peu après (Sainte-Anne et Saint-Laurent), ou un peu plus tard (Saint-Louis, Saint-Jacques, Saint-Antoine).

Ce qu'il y a de curieux à constater, c'est que le tournant du siècle est beaucoup moins marqué dans la communauté catholique francophone que chez les protestants. La mortalité est probablement mal mesurée dans la communauté protestante, du fait des pratiques de déclarations tardives (Tétreault, 1983 : 511-512). L'écart grandit entre les deux communautés, les catholiques irlandais occupant une position médiane. En 1900, 1901 et 1902, les taux de mortalité infantile sont encore de 282,5, 260,4 et 230,5 pour mille chez les catholiques francophones alors qu'ils sont descendus à 102,8, 122,9, et 111,7 pour mille chez les protestants. Les taux varient alors du simple au double selon la communauté. La différenciation est véritablement très frappante (voir aussi Gaumer, 1993 : 4, et Olson et Thornton, 1992). Indépendamment de la question de l'enregistrement différentiel des naissances et des décès, cette différence vient-elle d'une politique municipale ou d'actions philanthropiques moins actives dans les quartiers majoritairement peuplés de catholiques francophones, quartiers aussi plus pauvres ? Cette différence tient-elle plutôt à des phénomènes structurels, niveaux de vie respectifs, modes de vie et modes de soins aux enfants ?

Plusieurs indices feraient pencher vers des interprétations de type culturel plus que socio-économique : les travaux de Patricia Thornton et de son équipe montrent en détail comment les différences observées dans les trois communautés des protestants, des Irlandais catholiques et des Français catholiques ne peuvent être expliquées principalement par des

facteurs tels que le niveau de vie ou l'environnement (Thornton et al., 1988; Thornton et Olson, 1991, 1992; Olson et Thornton, 1992, 1993). Le niveau plus important de la fécondité chez les francophones joue certainement un rôle important dans ces différences de survie de l'enfant. Mais il est tentant de relier aussi la moindre mortalité des bébés anglophones à la présence plus constante de leurs mères auprès d'eux, selon le modèle anglo-saxon, les mères francophones ayant bien davantage tendance à être professionnellement actives, à sevrer précocement et à nourrir leurs enfants au biberon. Les médecins de l'époque citaient la «privation de l'allaitement maternel» comme une cause essentielle de la surmortalité infantile dans la communauté francophone montréalaise (Tétreault, 1979 : 70). La mise en évidence d'intervalles intergénéraliques plus courts chez les Canadiennes françaises confirme cette hypothèse (Thornton et Olson, 1992; Olson et Thornton, 1992). C'est l'argument également avancé par R. Marvin McInnis dans son étude sur la mortalité infantile au Québec et en Ontario à la fin du XIXe siècle : «L'important écart de mortalité infantile entre les francophones et les autres Canadiens est peut-être le trait le plus frappant de la situation canadienne [...]. Des arguments convaincants tendent à montrer que cette situation relève véritablement de facteurs culturels et ne résulte pas seulement d'un contexte socio-économique différent; elle paraît liée surtout au mode d'alimentation des nourrissons, mais nous ne savons pas pourquoi les Canadiens français avaient des pratiques différentes de celles des autres Canadiens, et qui compromettaient gravement la survie des nourrissons» (McInnis, 1992, notre traduction). Il ne s'agit probablement pas d'un facteur unique, mais la ressemblance de ces comportements avec ceux que perpétuaient les mères françaises, notamment normandes, depuis des siècles, sous la forme de la mise en nourrice ou de l'allaitement artificiel, ne manque pas d'être frappante. La constance du rappel par les médecins, au Québec comme en France, de l'importance de l'allaitement maternel témoigne probablement de la force d'une idéologie commune; elle renvoie sans doute aussi aux réalités observables dans les deux ensembles géographiques (Dion, 1984 : 97-100).

Martin Tétreault fait observer un pic de la mortalité diarrhéique au cours de la période 1904-1914 : ce fait marque un net décalage avec la France, car la surmortalité diarrhéique y intervient à la fin du XIXe siècle et la décrue est amorcée dès le début du XXe siècle. Entre 1906 et 1910, le nombre de décès par

diarrhée chez les enfants de moins de deux ans régressa pour la France entière de plus de 40 000 à 25 000 environ, la crise de l'année 1911 constituant une exception dans la tendance générale. Mais la diminution des maladies contagieuses est largement amorcée à Montréal puisque, selon les calculs de l'auteur, elles ne seraient déjà plus cause que de 5 % à 7 % des décès annuels à la veille de la guerre, au lieu de 25 % à 30 % dans les années 1880. L'amélioration de l'habitat et de l'environnement urbain (eau, égout), le contrôle de la qualité du lait, la pratique plus fréquente de la vaccination antivariolique et le recours au sérum antidiphthérique, toutes ces raisons ont concouru au recul des maladies contagieuses, selon une interprétation qui utilise le concept de synergie, faisant valoir la convergence, ici dans un sens favorable, de facteurs généraux et particuliers interagissant les uns sur les autres et entraînant le changement du «pattern» de la mortalité. Un même mouvement est en marche, avec un certain décalage, dans les grandes villes canadiennes comme en France.

Dans l'état actuel de nos recherches, une lacune demeure pour la période de la guerre. En revanche, les statistiques compilées au niveau fédéral permettent de se faire une bonne idée des tendances de l'entre-deux-guerres.

L'hypothèse culturelle

Ce qui frappe lorsqu'on rapproche les données canadiennes et françaises de l'entre-deux-guerres, c'est leur étonnante proximité, dont témoignent le tableau 1 et la figure 1. En dehors de la période de la Seconde Guerre mondiale (et jusqu'au milieu des années 1950), la convergence des niveaux canadiens et français est même curieuse : on observe les mêmes taux, à quelques points près, entre 1921 et 1940 et après 1956.

Cette convergence pourrait témoigner selon nous d'au moins deux phénomènes : d'une part, la participation des deux pays au même mouvement international de lutte contre la mortalité infantile dans ses buts et ses modalités, d'autre part, le partage d'un fonds culturel commun, du moins dans des parties importantes de la population.

Sur le premier point, il est certain que les deux pays, à des degrés divers, ont une histoire commune, celle même de l'ensemble des pays industrialisés, qui expérimentent différentes étapes de la transition démographique, dont la mortalité dans l'enfance est un élément clef. Nous avons montré ail-

TABLEAU 1 — Taux de mortalité infantile au Canada et en France de 1921 à 1975 (pour mille naissances)

Période	Canada	France	
1921-1925	99	104	
1926-1930	94	94	
1931-1935	76	77	
1936-1940	66	71	
1941-1945	56	84]
1946-1950	45	63]
1951-1955	35	43]
1956-1960	30	32	
1961-1965	26	26	
1966-1970	21	21	
1971-1975	16	14	

leurs (Rollet, 1995) que les pays occidentaux ont construit peu à peu autour de la question de l'enfance et de la mortalité infantile une culture internationale qui puise aux différentes sources du droit, aux différentes conceptions de la famille, aux différentes formes d'intervention collective en faveur de l'enfant. Précisément, la France et le Canada, comme du reste les autres pays industrialisés, vivent les mêmes «influences», d'abord une influence «française», puis une «influence anglo-américaine».

Après la Première Guerre, l'influence du modèle américain domine, aussi bien dans ses modes d'action que dans ses conceptions de la famille et de l'enfant (Gaumer et al., 1994 : 148; Goulet, 1994).

La confrontation des expériences, l'adoption de modes d'action considérés comme plus efficaces, une certaine unification (très relative) des façons de concevoir les rapports entre l'État et les familles, tous ces éléments permettent de rendre compte d'une certaine convergence des évolutions de la mortalité, spécialement dans ce domaine de l'enfance, objet de conférences et de congrès nombreux au XXe siècle.

Mais il pourrait exister une seconde hypothèse complémentaire. En plus de ce bain dans un mouvement et dans un débat internationaux, le Canada et la France partageraient une même culture beaucoup plus ancienne, du moins dans certaines de ses composantes.

Un argument milite en faveur de cette hypothèse : malgré son «influence», la France n'occupe pas en Europe, de la fin du XIXe siècle à la Deuxième Guerre, une position d'avant-garde en

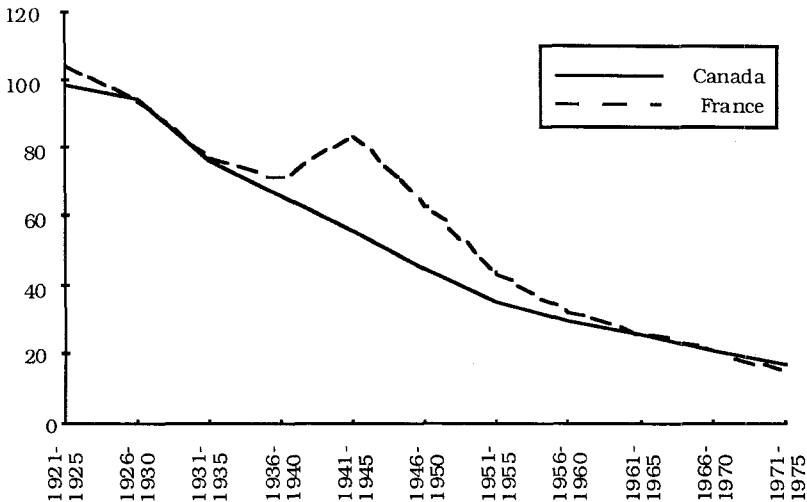


FIGURE 1 — Taux de mortalité infantile de 1921 à 1975, Canada et France

matière de survie dans l'enfance; elle occupe plutôt une position moyenne, entre le groupe des pays scandinaves, hollandais et britanniques et le groupe des pays méridionaux et orientaux.

Les raisons de cette relative «surmortalité» française par rapport au modèle nordique seraient à rechercher du côté d'une certaine conception de l'enfant, de la famille et du statut de la femme marquée par le christianisme et par le droit romain, qui aurait conduit les populations à conserver, voire à multiplier des comportements comme la mise en nourrice, l'abandon ou l'allaitement au biberon. Pour des raisons diverses, économiques, mais aussi religieuses et morales, les autres pays du Nord de l'Europe auraient plus rapidement renoncé à ce type de pratiques, d'où de meilleures chances de survie des enfants.

Par ailleurs, au Canada, pays où coexistent deux grandes cultures, on observe des disparités géographiques nettes de mortalité infantile : après la Première Guerre mondiale, le Québec fournit, et de loin, le plus grand nombre de décès infantiles (11 387 en 1921 sur 27 051) et occupe en matière de mortalité infantile le rang le plus défavorable de toutes les provinces canadiennes (tableau 2). La différence entre le Québec et l'Ontario est même considérable puisque, pour prendre un exemple, chez les garçons, en 1926, la mortalité atteint presque le double au Québec (157,2 pour mille) de ce qu'elle est en Ontario (87,3 pour mille) (Wadhwa et Strachan, 1993). Une partie de la différence provient sans doute de l'enregistrement.

TABLEAU 2 — Taux de mortalité infantile dans les provinces canadiennes en 1921 et en 1939 (pour mille naissances)

	1921	1939
Québec	128,3	78,0
Ontario	91,2	46,5
Terre-Neuve	107,8	77,4
Île-du-Prince-Édouard	83,5	78,9
Nouvelle-Écosse	100,7	64,4
Nouveau-Brunswick	113,3	79,1
Manitoba	83,0	55,4
Saskatchewan	80,6	51,5
Alberta	84,0	46,3
Colombie-Britannique	56,5	39,0
Yukon	—	79,4
Territoires du Nord-Ouest	—	111,1
Canada	102,1	61,4

Après 1926, la mortalité infantile québécoise a été dépassée par celle de Terre-Neuve et des Territoires du Nord-Ouest. L'écart avec l'Ontario est cependant resté élevé puisqu'en 1939 il s'élevait encore à 32 points (78 pour mille et 46,5 pour mille).

Un examen plus attentif des données montre que la surmortalité québécoise touche les deux composantes de la mortalité infantile, les composantes néonatale et postnéonatale, mais le déséquilibre est beaucoup plus fort pour la composante postnéonatale : en 1926, comme en 1939 d'ailleurs, le taux québécois est égal à plus du double du taux de l'Ontario. Les chiffres respectifs sont de 41,8 et de 18,8 pour mille en 1939 (Wadhwa et Strachan, 1993). Curieusement, pour la mortalité périnatale, la hiérarchie est renversée, l'Ontario est plus mal placé que le Québec, ce qui est peut-être dû à des problèmes de définition.

Ces faits renvoient, semble-t-il, à un environnement socio-économique et à des comportements moins favorables aux enfants en France et au Québec que dans d'autres pays industrialisés, ce qui suggère l'idée que les deux pays partagent des mentalités proches et ont mis en place des institutions répondant dans un même esprit aux besoins des populations. Il convient cependant de souligner une différence majeure entre les deux ensembles géographiques, concernant la fécondité. Très en avance sur l'ensemble des pays européens, la France, pendant toute la période étudiée, connaît une fécondité particulièrement basse, à laquelle précisément tente de remédier la lutte contre la mortalité infantile. Au Québec, au contraire, la

fécondité devient, vers la fin du siècle dernier, une des plus élevées au Canada, occupant même le premier rang à partir de 1921 (Fahmy-Eid et Dumont, 1983 : 321), tout en connaissant une diminution prononcée dès cette date.

Bien des points mériteraient d'être approfondis, mais il est certain que le rapprochement des expériences françaises et canadiennes, et spécialement québécoises, ouvre des perspectives intéressantes sur la façon dont les États ont conceptualisé la protection de la santé de l'enfant et fait progresser l'idée que l'enfant forme une composante très spécifique de la population, avec ses besoins et ses droits propres.

Le Canada et la France ont alimenté le débat international et leurs politiques ont été influencées par cette culture internationale naissante, mais ils ont partagé aussi certaines expériences du fait d'une culture qui leur est commune.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BOUDET, Docteur, 1866. *Académie de médecine, séance du 16 octobre*. 80 pages.
- BOUDET, Docteur, 1869. *Académie de médecine, séance du 10 novembre*. 36 pages.
- Bulletin d'hygiène de la cité de Montréal*, 1922. VIII, 9, 10, juillet-août, cité dans *Le lait*, 1924, IV, 34 : 322-323.
- CLICHE, Marie-Aimée, 1990. «L'infanticide dans la région de Québec (1660-1969)», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 44, 1 : 31-59.
- LE COLLECTIF CLIO, 1992. *Histoire des femmes au Québec depuis 4 siècles* : 274-281.
- COHEN, Yolande, et Michèle DAGENAIS, 1987. «Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41, 2 : 155-177.
- CONSEIL CANADIEN DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE, 1978. *Interdit aux mineurs. La place de l'enfant dans la société canadienne*.
- COMACCHIO, Cynthia, 1992. «"The Infant Soldier": Early Child Welfare Efforts in Ontario», dans Valerie FILDES, éd. *Women and Children First, International Maternal and Infant Welfare, 1870-1945*. Londres, Routledge : 97-120.
- DESJARDINS, Ghislaine, 1983. «Les Cercles des fermières et l'action féminine en milieu rural, 1915-1944», dans Marie LAVIGNE et Yolande PINARD, éd. *Travailleuses et féministes. Les femmes dans la société québécoise*. Montréal, Boréal Express : 222-225.

- DION, Carole, 1984. *La Femme et la santé de la famille au Québec, 1890-1914*. Montréal, Université de Montréal, mémoire de M. A., 210 pages.
- DWORK, Deborah, 1987. *War is Good for Babies and Other Young Children. A History of the Infant and Child Welfare Movement in England, 1898-1918*. Londres et New York, Tavistock, 307 pages.
- FAHMY-EID, Nadia, et Micheline DUMONT, dir., 1983. *Maîtresses de maison, maîtresses d'école. Femmes, famille et éducation dans l'histoire du Québec*. Montréal, Boréal Express.
- FLÉCHETTE-HANDFIELD, Pauline, 1922. *L'Art d'être une bonne mère*. Montréal, 176 pages.
- FRANCE. Ministère de l'Intérieur, 1862. *Enfants assistés. Enquête générale ouverte en 1860 dans les 86 départements de l'Empire*. Paris, Imprimerie impériale, 397 pages.
- GAUMER, Benoît, 1993. *Tendances séculaires de la mortalité. Ville de Montréal, 1871-1971*. Texte présenté au XXIIe Congrès de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, Montréal, ronéoté.
- GAUMER, Benoît, Georges DESROSIERS, Othmar KEEL et Corinne DÉZIEL, 1994. «Le service de santé à Montréal. De l'établissement au démantèlement (1865-1975)», *Cahiers du Centre de recherches historiques*, 12 : 131-158.
- GAUVREAU, Danielle, 1987. «À propos de la mise en nourrice à Québec pendant le régime français», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41, 1 : 53-61.
- GOSSAGE, Peter, 1987. «Les enfants abandonnés à Montréal au XIX^e siècle : la crèche d'Youville des sœurs grises, 1820-1871», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 40, 4 : 537-560.
- GOULET, Denis, et André PARADIS, 1992. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. Montréal, VLB Éditeur, 527 pages.
- GOULET, Denis, 1994. «L'enseignement médical à l'Université de Montréal : du modèle européen au modèle américain (1843-1980)», *Cahiers du Centre de recherches historiques*, 12 : 117-130.
- JOYAL, Renée, 1993. «L'évolution des modes de contrôle de l'autorité parentale et son impact sur les relations entre parents et enfants dans la société québécoise», *International Journal of Canadian Studies* : 73-83.
- JOYAL, Renée, 1994. «De l'errance aux mauvais traitements. Lois anciennes et nouvelles concernant les jeunes». Communication présentée au Congrès de l'ACFAS, à paraître.
- LALOU, Richard, 1994. «Quand l'école des femmes était une école des mères : quelques réflexions à propos du rôle de l'instruction sur la fécondité des Québécoises (1850-1940)», document ronéoté

- aimablement communiqué par l'auteur, 35 pages (NDLR : paru dans les *Cahiers québécois de démographie*, 22, 2).
- LEFAUCHEUR, Nadine, 1991. «La Puériculture d'Adolphe Pinard, une voie française de l'eugénisme», dans Ginette RAIMBAULT et Pierre MANCIAUX, éd. *Enfance menacée*. INSERM et La Documentation française : 19-43.
- LÉVESQUE, Andrée, 1984. «Mères ou malades. Les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 38, 1 : 23-37.
- MCINNIS, Marvin R., 1992. «Infant Mortality in Late Nineteenth Century Canada». Communication présentée lors du séminaire «La mortalité des enfants dans le passé», Montréal, 42 pages.
- MECKEL, Richard A., 1990. *Save the Babies. American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality, 1850-1929*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 302 pages.
- OLSON, Sherry, et Patricia THORNTON, 1992. «Familles montréalaises du XIXe siècle : trois cultures, trois trajectoires», *Cahiers québécois de démographie*, 21, 2 : 51-75.
- OLSON, Sherry, et Patricia THORNTON, 1993. «Le raz de marée irlandais à Montréal», document ronéoté aimablement communiqué par les auteurs, 40 pages.
- PARADIS, André, 1988. «Note critique. L'histoire de la médecine. Une porte ouverte sur l'histoire sociale», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 42, 1 : 78-79 (il s'agit d'une présentation d'un article écrit par Marcel Fournier en 1987 sur la vaccination à Montréal dans la seconde moitié du XIXe siècle : Sciences et médecine au Québec).
- PIERRE-DECHÈNES, Claudine, 1980. *La Tuberculose au Québec au début du XXe siècle : problème social et réponse réformiste*. Montréal, Université du Québec à Montréal, mémoire de M. A. (Histoire), 225 pages.
- PIERRE-DECHÈNES, Claudine, 1981. «Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3 : 355-375.
- PINARD, Yolande, 1983. «Les débuts du mouvement des femmes à Montréal, 1893-1902», dans Marie LAVIGNE et Yolande PINARD, éd. *Travailleuses et féministes. Les femmes dans la société québécoise*. Montréal, Boréal Express.
- RENOUARD, Jean-Marie, 1990. *De l'enfant coupable à l'enfant inadapté. Le traitement social et politique de la déviance*. Païdos, Histoire Centurion, 199 pages.
- ROLLET, Catherine, 1990. *La Politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République*. Paris, INED/PUF, 593 pages et annexes.

- ROLLET, Catherine, 1993a. «La lutte contre la mortalité infantile dans le passé : essai de comparaison internationale», *Santé publique*, 2 : 4-20.
- ROLLET, Catherine, 1993b. «Éducation et démographie. Réflexions sur l'expérience française d'éducation des mères et des jeunes filles aux XIXe-XXe siècles», *Les débats de l'IDUP, Populations et éducation. Les influences réciproques. France et République tchèque*, 6 : 147-168.
- ROLLET, Catherine, 1994. «La mortalité infantile dans le passé : au-delà des apparences», *Annales de démographie historique* : 7-22.
- ROLLET, Catherine, 1995. «La construction d'une culture internationale autour de l'enfant», dans *Autour d'Alain Girard*. Paris, L'Harmattan, «Utinam» : 143-167.
- STATISTIQUE CANADA, 1991. «La mortalité des jeunes enfants au Canada de 1926 à 1986», *Tendances sociales canadiennes*, 21 : 6-10.
- TÉTREAULT, Martin, 1979. *L'État de santé des Montréalais, de 1880 à 1914*. Montréal, Université de Montréal, mémoire de M. A. (Histoire), 225 pages.
- TÉTREAULT, Martin, 1983. «Les maladies de la misère. Aspects de la santé publique à Montréal, 1880-1914», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 36, 4 : 507-526.
- THORNTON, Patricia, Sherry OLSON et Quoc THUY THACH, 1988. «Dimensions sociales de la mortalité infantile à Montréal au milieu du XIXe siècle», *Annales de démographie historique* : 299-325.
- THORNTON, Patricia, et Sherry OLSON, 1991. «Family Contexts of Fertility and Infant Survival in Nineteenth-century Montreal», *Journal of Family History*, 16, 4 : 401-417.
- THORNTON, Patricia, et Sherry OLSON, 1992. «Infant Mortality in Montreal in 1880», Communication présentée lors du Séminaire sur «La mortalité des enfants dans le passé», Montréal, 41 pages.
- VILLERMÉ, Louis-René, 1838. «De la mortalité des enfants trouvés considérée dans ses rapports avec le mode d'allaitement et sur l'accroissement de leur nombre en France», *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, XIX, 39.
- WADHERA, Surinder, et Jill STRACHAN, 1993. *Statistiques choisies sur la mortalité infantile et statistiques connexes. Canada, 1921-1990*. Ottawa, Statistique Canada, no CS82-549 au catalogue, 83 pages.

RÉSUMÉ — SUMMARY — RESUMEN

ROLLET Catherine — LA SANTÉ DU PREMIER ÂGE SOUS LE REGARD DE L'ÉTAT

Le but de cet article est de retracer les grandes étapes historiques de la protection de l'enfant âgé de moins de trois ans en France et au Canada depuis le milieu du siècle dernier jusqu'au milieu du XXe siècle. Sont successivement analysées les motivations qui ont conduit les pouvoirs publics à intervenir davantage dans le domaine de l'enfance; les formes de l'intervention auprès des mères et des enfants; et enfin les évolutions démographiques, en relation avec les processus de différenciation sociale et géographique. On voit se dessiner, par-delà de sensibles divergences dans les moyens mis en œuvre et les motivations, une convergence remarquable entre les deux pays, qui tiendrait à la fois à la proximité de certains traits structureaux anciens et au modelage d'une nouvelle culture autour de l'enfance, résultat des échanges internationaux accrus.

ROLLET Catherine — STATE INFLUENCE ON THE HEALTH OF THE CHILD

This article follows the major historical steps with respect to the protection of the child aged less than three years in France and in Canada over the course of a century. Analysis focuses first on the motives behind increased intervention by political leaders on behalf of the child; next on the protection of the welfare of the mother and child; and finally on the evolution of demographic characteristics, in relation with processes of social and geographic differentiation. A remarkable convergence is observed between the two countries, despite veritable differences in political pressures and actions, traceable back to certain common structural traits, and linked with emerging patterns of international exchanges favouring the modelling of a new culture regarding childhood.

ROLLET Catherine — LA SALUD INFANTIL Y LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO

En este artículo, la autora busca seguir las principales etapas históricas de la protección de los niños menores de tres años en Francia y en Canadá, desde mediados del siglo pasado hasta mediados del presente siglo. Se analizan sucesivamente las motivaciones que condujeron a una mayor intervención de los poderes públicos en el ámbito infantil; las distintas formas de intervención con las madres y con los hijos; finalmente, las evoluciones demográficas, en relación con los procesos de diferenciación social y geográfica. Se puede percibir, más allá de sensibles divergencias en cuanto a los medios adoptados y a las motivaciones, una notable convergencia entre ambos países, gracias tanto a la cercanía de ciertas características estructurales antiguas como al modelaje de una nueva cultura de la infancia, resultado del incremento en los intercambios internacionales.