

# DES BÉBÉS FRIBOURGEOIS EN GRAND DANGER

Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la mortalité infantile du canton de Fribourg est l'une des plus élevée de Suisse : un enfant sur quatre ne survit pas à sa première année. Dans le canton de Vaud, cette mortalité se situe bien au-dessous de la moyenne nationale. La culture religieuse, protestante ou catholique, expliquerait-elle ces différences ?

PAR ANNE-FRANÇOISE PRAZ

Professeure associée en histoire contemporaine à l'université, l'auteure est spécialiste de l'histoire de l'enfance et de la démographie.

Les recherches sur la mortalité des enfants en Europe attestent d'un recul significatif de celle-ci entre la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et l'entre-deux-guerres. La baisse est particulièrement sensible pour la mortalité infantile, celle de la première année de vie. Vers 1870 en Suisse, cette mortalité figure encore parmi les plus élevées d'Europe, avant de reculer de manière spectaculaire, ainsi que l'indique le tableau ci-dessous. Mais ce recul est loin d'être homogène, et la situation du canton de Fribourg reste longtemps préoccupante.

#### Taux de mortalité infantile (0-1 an) en pour mille (mort-nés exclus)

|          | 1871-1880 | 1881-1890 | 1891-1900 | 1901-1910 | 1911-1920 | 1921-1930 |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Fribourg | 252,0     | 223,4     | 198,2     | 172,4     | 134,0     | 83,5      |
| Vaud     | 178,1     | 161,3     | 155,6     | 128,7     | 85,8      | 52,3      |
| Suisse   | 205,7     | 173,3     | 154,1     | 126,2     | 90,7      | 59,2      |

Source: Francine van de Walle, *One Hundred Years of Decline – The History of Swiss Fertility from 1860 to 1960*, vol. 2, table 4.2, Princeton 1977.

Nous avons tenté de comprendre ce phénomène par une démarche comparative (cantons de Fribourg et Vaud) et par une étude approfondie au niveau de quelques communautés locales dans chacun des deux cantons.<sup>1</sup>

Avant d'entrer dans le vif du sujet, quelques précisions d'ordre médical s'imposent. Si les bébés vaudois survivent mieux, il n'en reste pas moins que les causes dominantes de mortalité sont les mêmes dans les deux cantons, ainsi qu'en attestent différentes sources : témoignages de préfets et de médecins, rapports sanitaires, publications médicales, registres d'état civil qui mentionnent les causes de décès. Lorsque les bébés ont traversé sans encombre les premières semaines, marquées par les risques de mortalité dite endogène (malformations, faible constitution, mauvaises conditions de l'accouchement), le principal danger qui les guette est celui de la gastro-entérite, soit une infection des voies digestives consécutive à une nourriture inadéquate, notamment du lait ou de l'eau contaminés. La meilleure prévention consiste à prolonger l'allaitement, étant donné les vertus nutritives et protectrices du lait maternel. A défaut, il s'agit d'accorder une attention particulière aux soins et à la nourriture des tout-petits ; des informations relatives à une alimentation adéquate, ainsi que l'amélioration des infrastructures sanitaires (adduction d'eau, tout-à-l'égout, contrôle des denrées)



augmentent leurs chances de survie. Et ceci d'autant plus dans la période étudiée, où la pratique de l'allaitement recule en raison d'une intensité accrue du travail féminin, dans l'industrie comme dans l'agriculture.

Enfant de M. Gregor Schafer sur son lit de mort, Bösing, entre 1885 et 1900. © Bibliothèque cantonale et universitaire Fribourg, Fonds Alois Nussbaumer

#### MORTALITÉ INFANTILE ET CULTURE RELIGIEUSE : QUEL MÉCANISME D'IMPACT ?

Dans toute recherche comparative traitant de l'impact de la religion sur la démographie, il convient d'abord de s'assurer que les différences constatées ne relèvent pas de facteurs économiques ou sociaux associés aux diverses communautés religieuses. Ainsi, les enfants catholiques suisses ont davantage de probabilité de vivre à la campagne, où les risques de mortalité peuvent être plus élevés en raison des conditions sanitaires ou du niveau de revenu ; ou encore, la mortalité infantile est plus élevée chez les premiers-nés de mères musulmanes, car celles-ci sont généralement mariées très jeunes, ce qui augmente les risques liés à l'accouchement. Dans le cadre

<sup>1</sup> Voir la version complète de l'article avec le détail des analyses statistiques sur [www.doc.rero.ch](http://www.doc.rero.ch) : PRAZ Anne-Françoise, « Infant mortality and religious culture: A comparative approach of two Swiss states (1860-1930) » in P. BELLAMY and G. MONTPETIT, *Religion: Beliefs, theories and societal effects*, pp. 1-32, New York 2012.

de nos travaux, nous avons opté pour un design de recherche spécifique (nos communautés sont situées dans des environnements climatiques et économiques très similaires) et effectué des analyses statistiques à partir de données individualisées, contrôlant ainsi les variables biologiques et socio-économiques. Au terme de toutes ces opérations, les différences de mortalité entre bébés catholiques et protestants subsistent bel et bien.

Il s'agit donc de comprendre comment la culture religieuse influence la mortalité. Un premier modèle explicatif relève des normes de comportement que génère tout système de valeurs et de croyances. Ainsi, les prescriptions religieuses relatives à la consommation d'alcool ou de viande peuvent avoir un effet direct sur la mortalité, auquel les démographes attribuent par exemple la longévité des adventistes. Au-delà de cet effet direct, d'autres normes, relatives à l'éducation, aux rôles parentaux, au statut des enfants, peuvent jouer un rôle indirect.

Les valeurs protestantes ou catholiques inciteraient-elles à un souci différencié pour la santé et la survie des enfants ? Dans un article fondateur des *Annales ESC*<sup>2</sup>, l'historien Alfred Perrenoud invitait les démographes à considérer l'impact de la doctrine protestante sur la démographie. Selon le protestantisme en effet, les humains sont censés participer à la création divine, être coresponsables de la conservation de la vie, et utiliser leur intelligence pour comprendre la nature et l'améliorer. La doctrine met l'accent sur la responsabilité ; elle incite les parents à investir du temps et des moyens pour l'éducation et le soin des enfants, elle leur conseille de ne pas en avoir davantage qu'ils ne peuvent élever correctement, encourageant ainsi implicitement le contrôle des naissances.

La morale catholique de la procréation est plus quantitative que qualitative. Les parents sont invités à «accomplir la fin principale du mariage : donner des saints à l'Eglise et des élus au ciel en recevant avec joie et reconnaissance tous les enfants qu'il plaira à Dieu de [leur] donner»<sup>3</sup>. Pour assurer les moyens de les entretenir, il suffit de «faire confiance à Providence [...] qui octroie le nécessaire à ceux qui font leur devoir»<sup>4</sup>. Dans une vision fataliste, la naissance et la mort sont acceptées comme appartenant au plan de Dieu. Mais la doctrine et les rituels catholiques atténuent la douleur de la mort des enfants, transformée en événement positif : l'enfant décédé devient un ange dans le ciel, qui intercède pour les siens auprès de Dieu.

Ces normes religieuses étant mises en évidence, il reste à expliquer par quels mécanismes elles modifient les pratiques quotidiennes. C'est alors que l'historien-ne se heurte à plusieurs problèmes, qu'il s'agisse du modèle explicatif ou des sources à disposition. Si l'on adopte le modèle dit «sociologique» selon lequel les individus se comportent en fonction de leur adhésion plus ou moins forte à certaines normes, on devrait en déduire les conséquences suivantes : plus les parents protestants adhèrent à leur religion, plus ils seraient soucieux de favoriser la survie de leurs enfants ; du côté des parents catholiques, les plus croyants seraient aussi plus fatalistes et susceptibles de ne pas tout mettre en œuvre dans ce même but.

Les limites d'un tel raisonnement surgissent rapidement. D'une part, pour tester cette hypothèse, il faudrait établir le niveau de religiosité des parents à partir d'indicateurs disponibles dans les sources. Or, pour la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, de tels indicateurs sont lacunaires et difficiles à interpréter. Ainsi, le pourcentage de paroissiens qui communient et se confessent à Pâques, indique-t-il que ceux-ci sont très croyants ou plutôt très conformistes ? Sans compter que cet indicateur est un agrégat au niveau du groupe, et qu'il n'existe aucun moyen de connaître la religiosité individuelle.

Le problème principal de cette hypothèse réside dans le modèle explicatif. Comment imaginer que le souci de santé et de survie des enfants ne soit pas partagé par tous les parents, au-delà de leur croyance religieuse ? Ainsi, la première question à poser consiste à savoir si ces parents disposent des informations et des moyens pour répondre à ces préoccupations. Ensuite, nous pourrions examiner dans quelle mesure la culture religieuse, qu'il s'agisse de la doctrine ou des institutions, favorise ou entrave la diffusion de ces informations et moyens.

Du côté des institutions religieuses, force est de constater qu'à l'époque elles perdent de leur emprise dans des domaines autrefois de leur ressort (assistance, santé, éducation), progressivement pris en charge par les politiques publiques. L'Etat – les cantons dans le cadre helvétique – met en place des lois et réglementations qui, en s'appliquant à tous, ont un impact bien plus important que les prescriptions religieuses valables pour les seuls croyants. Ce dispositif influence la démographie : les lois sur la scolarisation obligatoire, par exemple, augmentent les coûts des enfants

<sup>2</sup> PERRENOUD Alfred, « Malthusianisme et protestantisme », *Annales ESC*, 29/4, 1974, pp. 975-988.

<sup>3</sup> DESCLOUX Abbé Et., *Préparation au mariage – Conseils à la jeunesse*, Fribourg, 1907.

<sup>4</sup> Archives de l'Evêché de Fribourg, *Instruction pastorale de sa Grandeur Mgr André Bovet sur la vie familiale et mandement pour le Carême 1914*, Fribourg 1914.

et incitent les parents à réduire leur nombre.<sup>5</sup> Dans le cadre de la mortalité infantile, la diffusion des découvertes pastorales, dès les années 1880, a attiré l'attention des médecins et autres responsables de santé sur les mesures d'hygiène à adopter pour l'accouchement et l'alimentation. Reste à instaurer les infrastructures sanitaires correspondantes, ainsi que des politiques publiques propres à favoriser les comportements adéquats.

A l'époque étudiée, les savoirs et dispositifs nécessaires à la lutte contre la mortalité des enfants relèvent principalement des institutions politiques.<sup>6</sup> Nous avons donc procédé à une analyse comparative des discours et pratiques des deux administrations cantonales en matière de lutte contre la mortalité infantile. Est-ce à dire que nous abandonnons totalement l'hypothèse de l'impact de la religion ? Notre question n'est en effet plus de savoir si les différences de mortalité sont attribuables à une attitude différente des parents catholiques ou protestants face à la mort des enfants, mais de savoir si ces mêmes parents ont accès à des informations ou à des dispositifs pour contrer la mortalité. Or, comme nous le verrons dans l'analyse ci-après, cette seconde question n'est pas totalement indépendante de la culture religieuse dominante.

### CULTURE RELIGIEUSE ET POLITIQUES PUBLIQUES FACE À LA MORTALITÉ INFANTILE

Dans quelle mesure les autorités constatent-elles le problème de la mortalité des enfants ? Comment ce problème est-il analysé ? Quelles solutions sont avancées ? Avec quelle constance et quels moyens sont-elles mises en œuvre ? Ci-après, nous mettons l'accent sur les deux domaines qui nous ont paru les plus pertinents : le développement d'une information statistique, essentiel pour prendre conscience de l'ampleur du problème et proposer des solutions adéquates, et la lutte contre la gastro-entérite, principale cause de la mortalité infantile.

<sup>5</sup> PRAZ Anne-Françoise, *De l'enfant utile à l'enfant précieux. Filles et garçons dans les cantons de Vaud et Fribourg, 1860-1930*, Lausanne 2005.

<sup>6</sup> A Fribourg, les congrégations religieuses jouent encore un rôle important, mais celui-ci se concentre dans les orphelinats, hospices et hôpitaux, où la population de nourrissons et de femmes en couches reste très marginale.

### Le développement de l'appareil statistique

La prise de conscience du problème est d'abord repérable dans le rapport d'activité que chaque gouvernement cantonal publie une fois l'an pour informer le Parlement, la presse et le public de son activité.<sup>7</sup> Ces rapports contiennent des données statistiques sur la population et son mouvement (natalité, nuptialité, mortalité), d'abord produites par les administrations cantonales elles-mêmes ; à partir de 1876, le Bureau fédéral de la statistique fournit une statistique unifiée du mouvement de la population, et les chiffres de chaque canton sont repris dans les rapports. Mais les données publiées varient, les rédacteurs sélectionnant tel ou tel aspect des chiffres fournis par Berne, auxquels ils ajoutent les données produites par le canton. La présentation de ces chiffres constitue ainsi un bon indicateur du niveau de savoir statistique et médical, ainsi que du type de problèmes mis en exergue par le gouvernement.

Dans les rapports fribourgeois, les questions de population et de mortalité ne sont pas un souci majeur. Peu de chiffres sont fournis, et les données démographiques sont davantage commentées comme des indicateurs de bonne moralité plutôt que de santé publique. Par exemple, en 1880, le texte salue l'augmentation du nombre de naissances, signe que Fribourg n'est pas encore touché par « l'immoralité » ; mais il ne précise pas que cette natalité élevée va de pair avec une forte mortalité infantile. A partir de 1883, ces rapports fournissent le taux de suicides, le taux de divorces, même répartis par districts. Ces données, totalement marginales au niveau démographique, ne sont pas dénuées d'intérêt d'un point de vue politico-religieux : le suicide est un péché grave, le divorce est inacceptable pour les catholiques, et pourtant, il a été entériné par la nouvelle Loi fédérale sur le mariage et l'état civil (1876) que Fribourg a dû accepter à contrecœur. Une statistique montrant que les divorces sont quasi inexistantes dans le canton permet de rassurer les autorités religieuses, à la fois sur la « moralité » des époux fribourgeois et sur le souci des autorités politiques pour le respect de celle-ci, renforçant ainsi les liens Eglise-Etat.

<sup>7</sup> Il s'agit des *Compte-rendu du Conseil d'Etat*, consultés pour les deux cantons sur la période 1860-1930.

Observons plus attentivement ce tableau des naissances, présenté dans le rapport de 1861, en particulier les catégories de classement utilisées, ainsi que le texte qui l'accompagne.

Répartition des naissances de l'année 1861  
(Compte-rendu du Conseil d'Etat)

**NAISSANCES.**

| DISTRICTS.      | LÉGITIMES.  |             | ILLÉGITIMES. |            | TOTAL.      |
|-----------------|-------------|-------------|--------------|------------|-------------|
|                 | Garçons.    | Filles.     | Garçons.     | Filles.    |             |
| Sarine . . . .  | 351         | 312         | 43           | 25         | 731         |
| Singine . . . . | 174         | 173         | 33           | 34         | 414         |
| Gruyère . . . . | 298         | 250         | 19           | 17         | 584         |
| Lac . . . . .   | 194         | 229         | 11           | 17         | 451         |
| Glâne . . . . . | 196         | 187         | 10           | 11         | 404         |
| Broye . . . . . | 174         | 178         | 24           | 27         | 403         |
| Veveyse . . . . | 126         | 110         | 7            | 7          | 250         |
| <b>Sommaire</b> | <b>1513</b> | <b>1439</b> | <b>147</b>   | <b>138</b> | <b>3237</b> |

**Le nombre total des naissances étant de 3237, dont 285 illégitimes, il en résulte que, sur 11 naissances, il en est une d'illégitime.**

Le premier critère de répartition des naissances, légitimité ou illégitimité, représente une catégorie plus morale que démographique. Dans les rapports vaudois de la même époque, le premier critère de catégorisation est la distinction entre mort-nés et nés vivants, ce qui dénote un souci orienté davantage vers la santé. Ce même critère s'impose d'ailleurs à partir de 1871, lorsque le Bureau fédéral de la statistique unifie la présentation de ce type de statistiques. Le texte d'accompagnement ci-dessus indique le seul calcul démographique effectué dans ce rapport, à savoir le taux de naissances illégitimes. Or, le rapport présente toutes les données nécessaires pour calculer un taux de natalité, mais celui-ci n'intéresse manifestement pas les rédacteurs.

Notons également que la question de la mortalité infantile reste invisible, puisque les chiffres des décès sont regroupés par tranches de cinq ans. En 1870, le Bureau fédéral de la statistique demande aux cantons de compter à part les décès des enfants entre 0 et 1 an et de les répartir en fonction de leur survie en mois. La correspondance du Département de la justice, en charge de l'état civil et de la production de ces statistiques, nous indique que les autorités fribourgeoises protestent officiellement contre «ce luxe d'informations» qui impliquerait des frais importants. Or, l'information relative à l'âge au décès par mois fournit de précieuses indications sur les causes prévalentes de mortalité. Ce n'est qu'en 1899 que les Compte-rendu du Conseil d'Etat fribourgeois présentent un premier taux de mortalité infantile. Cette innovation est à mettre en lien avec la fondation d'un office cantonal de statistique.<sup>8</sup> Dès lors, les rapports publient des données détaillées sur la mortalité, ainsi que des commentaires bien plus étoffés.

Le contraste est frappant avec le canton de Vaud, qui dispose dès 1860 déjà d'un office de statistique. Dans les Compte-rendu vaudois, les statistiques de population figurent dès cette date sous la rubrique «santé publique». Le nombre de mort-nés y est indiqué et ceux-ci sont attribués à la formation incomplète des sages-femmes. Dès 1886, un office cantonal de la santé est mis sur pied, doté de son propre bureau de statistique, qui produit des données très élaborées, à l'exemple d'une carte par districts du taux de mortalité infantile dû à la gastro-entérite. En 1888, cet office lance une enquête sur l'alimentation des nouveau-nés, afin de comprendre les raisons de la prévalence de cette maladie, et s'intéresse aussi aux causes de la fièvre puerpérale chez les accouchées. La précision des questions posées (allaitement au sein, usage de la cuillère, type de biberon utilisé, manière de le nettoyer, etc.) démontre que les responsables sont bien informés des discussions médicales de l'époque.

Il ressort de ces Compte-rendu vaudois un réel souci pour la santé des mères et des enfants. Les motivations d'une telle préoccupation émergent à travers certaines remarques et qualifications. Ainsi, à propos des mort-nés, le rapport parle de «scandaleux gaspillage»; ailleurs, le texte utilise le terme de «conservation des enfants», précisant qu'elle constitue une responsabilité des parents, mais aussi des autorités cantonales. Cette vision de la population comme un capital à faire prospérer correspond aux incitations de la morale protestante exposée ci-dessus, dont les élites vaudoises sont sans doute impré-

<sup>8</sup> L'office cantonal de statistique est mentionné pour la première fois dans le Compte-rendu de 1898. Le Dr Hans Schorer (1876-1963), originaire de Bavière et professeur ordinaire agrégé à l'Université de Fribourg (Finances publiques, statistique), en est nommé directeur en 1906.

gnées. Mais les autorités radicales-démocratiques de l'époque ont aussi la volonté de se présenter en championnes du progrès. A ce titre, une action énergique dans le domaine de la santé publique constitue une excellente démonstration de leur bonne gouvernance. Et bien que la Révolution vaudoise de 1847 se soit construite contre l'autorité des pasteurs, la culture religieuse dominante demeure un langage disponible et compréhensible par la majorité des citoyens, lorsqu'il s'agit de légitimer une politique.

### La lutte contre la gastro-entérite

Le contraste entre les politiques des deux cantons est aussi marqué en matière de lutte contre la gastro-entérite. Du côté vaudois, les mesures prises sont plus précoces, appliquées avec davantage de constance, et surtout plus pertinentes, dans le sens qu'elles touchent directement les causes de mortalité et les populations concernées.

Ainsi, des brochures d'information hygiénique sont-elles distribuées, non pas aux parents mais aux sages-femmes, encouragées à présenter oralement cette information auprès de leurs clientes. Le renforcement de la formation des sages-femmes vise à améliorer leurs compétences pour la pratique et la diffusion des principes d'hygiène. Dès 1882, elles suivent un cours complet d'une année à la Maternité de l'hôpital cantonal. En 1886, un nouveau règlement les oblige à tenir un carnet d'accouchements et à y inscrire des données précises ; si le carnet est mal tenu ou s'il indique des cas de mortalité parmi les accouchées et les enfants, la sage-femme peut être contrainte de suivre un nouveau cours ou risque de perdre sa patente. Par ailleurs, des cours d'hygiène et de puériculture sont introduits dans les écoles, primaires, primaires supérieures et ménagères, une thématique qui n'apparaît pas du tout dans les manuels fribourgeois de la même époque.

Enfin, des lois sanitaires interviennent directement sur les causes de mortalité infantile, à savoir la mauvaise qualité des eaux. En cas d'épidémie, le gouvernement peut obliger une commune à faire une enquête pour trouver l'origine de la contamination et à améliorer le système d'adduction d'eau et d'égouts. En 1890, l'office cantonal de santé institue un contrôle bactériologique des fontaines. Ces mesures seront prises à Fribourg à la fin des années 1920 seulement.

Le gouvernement fribourgeois ne reste toutefois pas inactif.<sup>9</sup> Remarquons que la première mesure est prise en 1890, après la reprise par la presse fribourgeoise et suisse d'une publication du Bureau fédéral de la statistique alertant sur la très forte mortalité infantile de certains cantons, dont Fribourg. Les autorités cantonales font alors imprimer une brochure sur l'alimentation et les soins aux enfants, destinée à être distribuée par les officiers d'état civil. Mais par souci d'économie, celle-ci est remise seulement à « chaque père qui en fait la demande », puis à chaque père déclarant un premier enfant ; lorsque la décision est prise de la remettre lors de chaque naissance, les stocks sont épuisés et la réimpression tarde plusieurs années. La correspondance de l'administration cantonale révèle des doutes sur l'efficacité de ces brochures, vite oubliées dans un tiroir. La lecture n'est effectivement pas une habitude populaire très répandue dans les campagnes fribourgeoises de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, étant donné la diffusion réduite des journaux et de la littérature populaire.

Pourtant, le contenu de la brochure est tout à fait pertinent : il met en garde contre l'alimentation artificielle, rappelle la nécessité de nettoyer les biberons, de faire bouillir le lait et surtout, il encourage l'allaitement maternel. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, c'est également le message de l'Eglise catholique : selon les nouvelles directives de 1912 pour l'instruction des fiancés, les curés fribourgeois doivent rappeler aux jeunes filles le devoir d'allaiter leurs bébés.<sup>10</sup> Dans des brochures médicales également, l'allaitement est présenté comme une institution divine :

*L'allaitement maternel a été institué par Dieu : une mère bien constituée et jouissant d'une bonne santé ne peut manquer à ce devoir sans porter une grave atteinte à sa conscience [...] il faut condamner l'allaitement artificiel qui aurait pour cause l'insouciance, l'égoïsme des mères sans cœur qui sacrifient la santé et la vie même de leurs enfants, à leurs occupations journalières et même à leur coquetterie.<sup>11</sup>*

Dans la ligne de cet enseignement religieux, le Conseil d'Etat fribourgeois décide en 1916 une nouvelle mesure contre la gastro-entérite. Il institue un prix de 500 fr. pour récompenser les sages-femmes qui ont réussi à convaincre au moins dix de leurs accouchées d'allaiter durant huit mois.

<sup>9</sup> Pour une analyse plus détaillée de cette politique sanitaire : BOSSON Alain, « La lutte contre la mortalité des nourrissons en Suisse : enjeux et mesures de prévention (1876-1930) », *Cahiers d'histoire - Lyon*, 47 (1/29, 2002), pp. 93-125.

<sup>10</sup> Archives de l'Evêché de Fribourg, *Instruction matrimoniale donnée par S.G. Monseigneur l'évêque de Fribourg, Lausanne et Genève pour être lue aux futurs époux avant la célébration de leur mariage*, Fribourg 1912.

<sup>11</sup> Dr Louis Vorlet, *Conseils aux mères de famille pour les soins à donner à la première enfance*, Payerne 1900.

Bien que le prix soit financièrement très attractif, moins de 20% des sages-femmes patentées présentent leur candidature jusqu'à la fin des années 1920. Ce constat indique que peu de mères fribourgeoises ont la possibilité d'allaiter leur enfant si longtemps, et qu'il serait ainsi bien plus pertinent de leur procurer les instructions et les moyens de fournir à leurs enfants un nourrissage artificiel sans danger. Mais, contrairement à leurs collègues vaudoises, les sages-femmes fribourgeoises ne sont pas à même de diffuser ce savoir de manière généralisée : la pénurie de sages-femmes et leur niveau insuffisant de formation sont deux problèmes récurrents durant la période étudiée.

Une statistique analytique des causes de mortalité des enfants sur les données individualisées de notre échantillon démontre l'impact de ces politiques sanitaires différentes sur le niveau de mortalité infantile. L'avantage d'une telle analyse consiste à prouver l'impact d'un facteur spécifique de mortalité, en contrôlant toute une série de variables.

L'échantillon comprend 1848 enfants nés vivants entre 1860 et 1930.<sup>12</sup> Nous nous interrogeons, pour chaque enfant, sur le risque de mourir durant la période observée, en fonction de différents facteurs de mortalité. Ces facteurs sont d'ordre biologique (âge de la mère, intervalle avec la naissance précédente), socio-économique (profession du père, travail de la mère en fabrique, nombre d'enfants déjà nés), et enfin environnemental (village de bord de lac, saison du décès). Cette dernière variable est très intéressante : elle met en évidence la prévalence de maladies respiratoires, si les décès en hiver sont plus importants que pour le reste de l'année, ou au contraire la prévalence des maladies digestives (et notamment la gastro-entérite), si la fréquence des décès en été est la plus significative. Comme les risques de mortalité se modifient au cours de la vie, nous avons effectué une analyse séparée pour chaque période à risque (0-1 mois, 1-6 mois, 6-12 mois, 1-4 ans). Enfin, pour comparer les évolutions dans le temps et l'espace, nous avons testé notre modèle sur divers sous-échantillons (villages vaudois/fribourgeois, avant/après 1900).

Sans entrer dans le détail de ces analyses, retenons ici les résultats les plus saillants, à savoir les facteurs qui obtiennent un résultat élevé et statistiquement significatif.<sup>13</sup> Pour la période 1860-1900, les différences entre les résultats obtenus par différents facteurs, de même qu'entre les villages

vaudois et fribourgeois, ne sont pas très marquées : la mortalité des enfants reste un problème général, plusieurs facteurs agissent de concert. En revanche, pour la période 1900-1930, où la mortalité infantile baisse dans les deux cantons, des résultats plus différenciés indiquent d'importants décalages entre les villages vaudois et fribourgeois.

Des écarts manifestes émergent de l'analyse sur la tranche d'âge 1-6 mois, période délicate du sevrage. Pour les villages vaudois, la variable « saison du décès » obtient des résultats faibles et pas du tout significatifs : la mortalité des enfants n'est pas plus élevée pour les mois d'été que pour le reste de l'année. Dans les villages fribourgeois en revanche, les bébés de 1-6 mois ont 50% de risques supplémentaires de mourir lors des mois de juillet, août et septembre que lors des mois d'octobre à mars (résultats significatifs à 95%). Ainsi à Fribourg, même si la mortalité infantile recule durant la période 1900-1930, la gastro-entérite demeure un problème de santé important. Un autre résultat renforce ce constat. La variable « mère ouvrière » augmente le risque de mortalité pour l'âge de 1-6 mois, un résultat attendu puisque ces mères doivent sevrer précocement leurs bébés ; toutefois, si le résultat est significatif dans les deux cantons, le risque de mortalité est augmenté de 180% dans les villages vaudois et de 280% dans les villages fribourgeois.

## CONCLUSION

Les résultats l'analyse ci-dessus démontrent que la mortalité plus élevée des bébés fribourgeois est essentiellement attribuable à la persistance de la gastro-entérite au-delà de 1900, dans une période où celle-ci commence à être plus sérieusement combattue dans d'autres cantons, notamment celui de Vaud. Car les mesures de prévention de cette maladie sont connues depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle : diffusion de mesures d'hygiène simples, amélioration des infrastructures, contrôles sanitaires. Mais toutes ces mesures impliquent évidemment des coûts, en termes de formation des sages-femmes, de travaux publics, d'engagement et de formation de spécialistes. Manifestement, pour les autorités cantonales, la santé et la survie des enfants n'est pas une priorité politique. A ce stade de l'analyse, on peut se demander si la culture religieuse, qui fournit une compensation spirituelle et émotionnelle au drame de la mort des enfants, ne fonctionne pas aussi comme une « bonne excuse » pour les lacunes de la politique sanitaire.

<sup>12</sup> Ces enfants sont nés dans les villages de Broc (FR), Portalban-Delley (FR), Chavornay (VD), Chevroux (VD).

<sup>13</sup> Le niveau de significativité indique le pourcentage de résultats qui vont dans le sens attendu. Pour cette analyse, les résultats inférieurs à 90% de significativité n'ont pas été pris en considération.