

Eléments sur la mortalité différentielle dans l'histoire

Comme nous l'avons souligné, la durée de vie s'est considérablement allongée dans les pays « développés ». Nous ne reviendrons pas sur les facteurs explicatifs de cet accroissement, qui sont multiples et qui s'autoalimentent. Nous pourrions longuement disserter sur les paramètres qui ont joué en faveur d'une vie plus longue pour les hommes ; il est cependant à peu près certain que des facteurs échapperaient à notre analyse, par simple oubli, ou, plus exactement, par la difficulté qu'il y aurait à saisir l'intégralité des multiples interactions qu'il existe entre ces nombreux paramètres.

Outre ces avancées, ce qui retiendra davantage notre attention, c'est le fait que ces progrès se sont inscrits à des rythmes différents au sein des diverses couches sociales, des différentes catégories de population. Les hommes vivent certes plus longtemps qu'auparavant, mais ce constat ne doit pas masquer le caractère profondément inégalitaire de la mort : la longueur du fil de l'existence est loin d'être la même pour tous, et l'allongement de la durée de vie n'a point effacé les disparités de mortalité. Bien au contraire. Celles-ci s'établissent, prennent

place dans le paysage social, perdurent, se maintiennent et parfois même se renforcent (sous l'effet de tout un contexte social, économique, politique, environnemental...).

L'observation du passé va nous enseigner que l'histoire de *l'inégalité parmi les hommes*, pour reprendre la formule chère à Rousseau, renferme aussi une histoire de l'inégalité des hommes devant la maladie et la mort.

On peut donc prétendre que si les hommes ne sont pas égaux devant l'existence, ils ne le sont pas davantage devant la mort ; nous ferons même l'hypothèse que les inégalités devant la mort sont le résultat des inégalités devant la vie. Plus que les thèmes de *mort*, d'*espérance de vie*, de *longévité*, que l'on peut envisager comme universels et intemporels, c'est bien l'idée d'*écarts* et d'*inégalités* qui nous occupera tout au long de notre travail.

L'heure est donc venue d'aborder le problème de la *mortalité différentielle*, que nous allons d'abord envisager d'un point de vue socio-historique.

1 - Mortalité différentielle, inégalités & Histoire...

La mortalité différentielle recouvre les différences de mortalité selon certains critères donnés ou selon certaines variables, comme le sexe, l'âge, la profession, la catégorie sociale, l'état matrimonial, etc. La probabilité de vivre plus ou moins longtemps est donc fonction de l'influence de diverses variables. Nous consacrerons l'essentiel de notre temps à cette question de la mortalité différentielle en France, aujourd'hui.

Pour l'heure, dans ce chapitre à portée plus *socio-historique*, nous étudierons plus attentivement les différences de mortalité selon le milieu social, dans le passé.

A première vue, pour les époques anciennes, nous savons peu de choses sur les écarts de mortalité entre groupes sociaux. De même que les études portant sur la mortalité et l'espérance de vie, avant le 18^{ème} siècle (essor démographie et statistiques...), doivent toujours être accueillies avec une certaine dose de prudence, il en va de même pour toute

tentative d'approche scientifique - fondée sur des données fiables, des matériaux précis...- des inégalités devant la mort pour les temps anciens.

La question de la différence de mortalité selon la classe ou la catégorie sociale a été soulevée par Moheau¹ dès 1778. Celui-ci fit apparaître une différence entre la mortalité des rentiers et celle de l'ensemble de la population d'une part, et entre la mortalité d'un ordre monastique et celle des habitants de Paris d'autre part (mortalité moins élevée chez les rentiers et chez les représentants de l'ordre monastique). Déjà, au milieu du 18^{ème} siècle, Deparcieux, dans ses *Essais sur la probabilité de la vie humaine*, soutenait que la mortalité des rentiers, qui étaient de bons bourgeois, était inférieure à celle des grands seigneurs et des misérables, dont la santé est souvent ruinée dans un âge peu avancé, pour les uns par trop d'abondance de toute matière, pour les autres par trop d'indigence. La folie des excès, ou, à l'inverse, le cruel état de manque constituaient des facteurs non négligeables de morbidité. Prenons par exemple le cas de l'alimentation : c'est Norbert Elias, dans son célèbre ouvrage sur la *civilisation des mœurs*, qui nous rappelle que l'attitude de l'homme médiéval face à l'alimentation se situe entre deux extrêmes : la couche dirigeante séculière consomme, « *si nous la comparons à nos sociétés modernes, des quantités de viande qui nous paraissent à peine croyables.* »² Les milieux Monastiques, où se pratique un usage modéré et raisonnable de la nourriture, condamnent d'ailleurs en termes très sévères la « goinfrerie » des seigneurs séculiers. Au plus bas de l'échelle sociale, du fait de la pauvreté, couches inférieures et milieux ruraux ont une consommation de viande très limitée.

Si, dans l'ancien régime, la famine épargnait les classes favorisées, en revanche l'excès de nourriture a du provoquer quantité de décès prématurés chez les riches.

Mais ce sont surtout les études du docteur Villermé qui, au temps de la grande misère ouvrière, ont attiré l'attention sur la *mort inégale*. Nous reviendrons un peu plus loin sur ce 19^{ème} siècle, marqué par l'émergence d'un prolétariat urbain contraint de faire don de sa force de travail aux propriétaires capitalistes, thuriféraires d'un mode de production, d'un régime économique axé sur la seule recherche et maximisation du profit ; cette course effrénée à l'argent, s'effectuant au détriment des classes laborieuses, a fait payer un prix élevé – bien supérieur à son salaire ! – à l'ouvrier l'usage intensif de son corps, sa seule force de travail. En proie au dénuement, à l'infirmité et à l'épuisement par simple excès de travail, l'ouvrier,

¹ Jean-Baptiste Moheau (1745-1794) est un démographe français, considéré comme l'un des fondateurs de la démographie. Dans son ouvrage *Recherches et considérations sur la population de la France*, publié en 1778 (librairie Paul Geuthner, 1912), il a été le premier à aborder la question de la mortalité différentielle selon les couches sociales. Cet ouvrage demeure cependant plus orienté vers l'étude de la population.

² Norbert Elias, *la civilisation des mœurs*, op. cit., p. 168.

rabaisé au rang de machine à produire, se retrouvait bien souvent condamné à une mort prématurée.

Depuis deux siècles environ, les recherches sont plus nombreuses, mais elles restent encore contrariées par l'insuffisance de documentation ; cependant, l'intuition d'une influence des facteurs sociaux sur la santé, étayée par les faits, s'instaure progressivement. C'est dans ce même contexte - siècle de l'industrialisation - que les hygiénistes ont dénoncé les écarts de mortalité entre groupes sociaux et se sont préoccupés de rechercher des explications en terme de causalité sociale. Le même Villermé a notamment pointé du doigt les différences de mortalité du choléra entre les quartiers riches et les quartiers pauvres de Paris en 1832. Cependant, l'attention portée aux conditions d'existence et aux pratiques sociales (pauvreté, eau polluée, problèmes d'hygiène, modes de vie, risques professionnels, etc.) s'est estompé à partir des découvertes pastoriennes. Progressivement, la théorie de « l'étiologie scientifique »³, selon laquelle chaque maladie est due à un microbe, détournait de l'intérêt porté aux causes sociales...

Pour les anciens temps

Pour les époques antérieures au 18^{ème} siècle, la quantité de travaux portant directement sur la réalité d'une mortalité différentielle, qui serait fonction de la profession et de la position sociale, reste très limitée. On peut néanmoins souligner les efforts faits par Alfred Perrenoud pour rendre compte de l'inégalité sociale devant la mort à Genève, au 17^{ème} siècle⁴.

Il en ressort que les patriciens genevois (Aristocratie, Noblesse) vivent cinq à six ans de plus en moyenne que l'ensemble des habitants de la ville. Pour la population genevoise toute entière, l'espérance de vie à la naissance n'est que de vingt six ans, pour ces groupes privilégiés, elle se situe aux alentours de trente deux ans : la richesse et le pouvoir, c'est six ans de plus. Les bonnes familles genevoises ne sont pas complètement à l'abri des crises épidémiques, mais elles en souffrent moins ; elles sont protégées de la disette, des carences et aussi de la contagion.

³ Pour plus d'éléments, v. P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Ed. Nathan, 1994, p.41.

⁴ A. Perrenoud, *L'inégalité sociale devant la mort à Genève au 17^{ème} siècle*, « population », 30, n° spécial, nov. 1975, p. 221-243.

Au siècle suivant, la longévité s'accroît continuellement pour ces élites : elle s'élève à quarante deux ans dès la première moitié du 18^{ème} siècle, pour atteindre quarante sept/quarante huit ans dans la seconde. On a comparé aux patriciens genevois l'ensemble de la population urbaine, comme on a fait état des données qu'il est possible d'extraire des tables de mortalité de Deparcieux, pour le début du siècle : l'avantage des groupes dominants apparaît incontestable (six ans en moyenne...).

Si la question de l'inégalité sociale devant la mort pour les périodes lointaines a suscité un faible engouement chez les chercheurs, il serait prématuré d'en déduire que cette réalité était absente du paysage des sociétés passées. Maintes fois nous avons rappelé que l'insuffisance des données a entravé les recherches sur la mortalité et sur ses disparités selon les groupes sociaux. Malgré tout, en s'intéressant d'un peu plus près, non seulement à l'histoire de la mort en occident, mais plus largement, à l'histoire économique, sociale et démographique de la France d'antan, il est possible d'embrasser le phénomène de l'inégalité devant la mort pour des périodes qui précèdent le 18^{ème} siècle.

P. Surault, dans un travail portant sur *l'inégalité sociale devant la mort*⁵, défend l'idée que les écarts de mortalité, principalement entre les riches et les pauvres, n'étaient pas réellement significatifs jusqu'au siècle des Lumières ; d'après lui, l'inefficacité de la lutte thérapeutique n'entraînait pas d'inégalité devant la mort, et c'est en fait lorsque la médecine devint efficace que l'inégalité devant la mort vint s'ajouter aux inégalités devant la vie, soins et remèdes restant très inégalement répartis.

Examinons tout cela d'un peu plus près...

⁵ P. Surault, *L'inégalité sociale devant la mort*, Economica, 1979.

2 - Les périodes de surmortalité avant le 18^{ème} siècle

Nous savons que pour les périodes plus reculées, les crises épidémiques et les crises de subsistance, caractérisées par leur fréquence et leur brutalité, faisaient des ravages parmi les populations⁶ ; dès lors, on peut se demander, sans plus attendre, si ces fléaux du moyen âge, provoquant des poussées violentes de mortalité, frappaient avec la même intensité tous les groupes sociaux. En effet, durant ces périodes de surmortalité, les clivages sociaux caractéristiques des sociétés d'ancien régime apparaissent-ils nettement ? Les chances de survie demeurent-elles fortement corrélées à l'appartenance sociale ?

Pour satisfaire notre curiosité, commençons par prendre l'exemple de la peste, qui aborde l'Europe occidentale à la fin de 1347 et qui, ravageant et dépeuplant le continent, y introduit une véritable révolution démographique.

Les crises épidémiques

La peste est le mal par excellence. Au 14^{ème} siècle, elle éclate dans un monde fragilisé où la maladie rôde : pour apprécier le poids de l'évènement, il convient de l'insérer dans toute une conjoncture, qui est celle de la crise démographique et sociale de la fin du Moyen-âge⁷. L'importance du phénomène épidémique reste en effet conditionnée par le contexte dans lequel il s'insère. Encore aujourd'hui, on voit dans quelle mesure les crises épidémiques qui se développent et qui s'installent dans les régions les plus pauvres du globe sont en définitive le produit de la misère, d'une hygiène rudimentaire, de l'absence de soins, de la malnutrition, ou encore d'habitats insalubres où règne une promiscuité faisant le jeu de la maladie, bref, de tout un terreau économique et social propice à la formation et à la propagation des pandémies. Vers la fin du Moyen-âge, en Europe, la peste a pris le plus souvent la forme bubonique mais on a connu également, notamment dans le midi de la France, la forme pulmonaire bien plus dangereuse encore : si la peste bubonique tue dans soixante pour cent des cas, la forme

⁶ Pour plus de détails sur ces crises (définition, origines, conséquences, etc.), v. J. Dupâquier, *Histoire de la population française, op. cit.*, tome II, p 175 et suiv.

⁷ M. Vovelle, *La mort et l'occident de 1300 à nos jours*, Ed. Gallimard et Pantheon Books, 1983, p. 89.

pulmonaire, où la transmission s'opère par la contamination directe, devient mortelle pour la presque totalité des malades⁸. Etant donné l'extrême virulence de l'épidémie, on peut imaginer que le fléau a aussi bien emporté des riches que des pauvres, les barrières de classes ne résistant pas à la férocité de la contagion, si bien que la peste aurait frappé sans distinction nantis et miséreux. Oui et non. Oui, car il faut aussi le souligner, de grands notables succombèrent⁹ ; s'il est vrai que, dans un premier temps, les quartiers populaires des villes sont les premiers touchés, l'épidémie pesteuse ne se cantonne toutefois pas dans ces lieux, elle gagne toute la ville. Une fois le mal partout, il frappe des gens de toute condition. C'est le cas à Nancy en 1633-1636, à Rouen en 1668, à Marseille en 1720¹⁰. Mais nous répondrons aussi par la négative, car il serait illusoire de croire que les hommes sont égaux face à la violence des crises épidémiques. Le « menu peuple », déjà fragilisé par la dureté de la vie en temps normal, l'est encore davantage lors de ces périodes de surmortalité.

Dans le cas de la peste, les gens aisés ont la possibilité de fuir le mal ; pour ceux qui restent, les conditions de vie sont généralement meilleures que celles du peuple : le logement est souvent plus propre, plus spacieux, plus « sain », et l'alimentation plus convenable.

C'est principalement devant les possibilités de fuir une épidémie, afin d'en éviter les ravages, que les groupes sociaux sont profondément inégaux. Au 14^{ème} siècle, les médecins recommandent la fuite ; les chances de soigner le mal, une fois survenu, relevant quasiment de l'impossible, on comprend bien que la meilleure thérapie consiste à s'enfuir ! Aussitôt que l'arrivée de l'épidémie est connue, la faculté de médecine de Paris, consultée par le roi Philippe VI, se prononce aussi pour la fuite et n'hésite pas à rappeler à ce sujet le fameux électuaire des trois adverbess : *cito, longe, tarde (fuis tôt, loin et longtemps...)*¹¹. Les « grands » donnent l'exemple ; le pape s'isole dans ses appartements en Avignon, des évêques se réfugient dans leur propriété à la campagne. Nobles et nantis agissent de même. La situation des pauvres, qui n'ont pas les moyens de quitter les lieux, est rapidement critique, soit qu'ils restent dans les villes exposées rongées par le mal¹², soit qu'ils errent dans les campagnes, tenus à l'écart par les paysans et mourant de faim dans les bois.

Les 16^{ème} et 17^{ème} siècles connaîtront aussi d'importantes poussées épidémiques. La peste continue à faire des dégâts, notamment au sein des populations les plus vulnérables ; elle

⁸ *Ibid*, p. 91.

⁹ J. Dupâquier, *Histoire de la population française*, *op. cit.*, tome 1, p. 321.

¹⁰ *Ibid*, t. II, p. 188.

¹¹ *Ibid.*, t. I, p. 458.

¹² « Avec ses rues étroites, ses logis sombres, exigus, malsains, surpeuplés, ses puits souillés, ses évacuations d'eaux et d'immondices inexistantes ou insuffisantes, ses déchets jetés dans la rivière et devenant un immense égout (...) : la ville est un milieu pathogène. Elle offre à la naissance des maladies et à leur propagation un terrain d'élection. » F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, t. I, p 442.

trouve également dans les conditions météorologiques compliquées ou obstacles : un été chaud et humide la favorise, un hiver froid et sec est son pire ennemi. L'épidémie frappe les organismes les plus faibles, au point qu'elle est souvent considérée comme la « *maladie populaire* »¹³.

« *Cruelle sélection* », nous dit F. Braudel, dans son *histoire économique et sociale de la France*, « où l'on voit la mortalité des paroisses des quartiers pauvres atteindre des niveaux effrayants alors que celle des paroisses riches stagne si elle ne baisse. »¹⁴

Les riches qui sont propriétaires d'une maison aux champs se sont empressés de quitter la ville. La peste de 1564 a probablement emporté le tiers ou le quart de la population Lyonnaise. Mais la proportion atteint les trois quarts pour les ouvriers de la soie qui constituent la fraction la plus pauvre. Dans le tragique récit qu'il a fait de la peste de 1628, le P. Grillot déclarait : « *il est mort peu de gens de qualité en comparaison de la grande populace que la maladie a emporté* »¹⁵. Sept à huit personnes de « qualité » pour cinq à six cent de « qualité médiocre ». Il relate aussi que la peste nettoie et décharge la ville de sa populace puisque des dix huit mille pauvres assistés avant l'épidémie, il n'en subsistait que six cent...

Si, comme on le voit à travers ces exemples, la fuite peut être envisagée comme la meilleure réponse sanitaire en cas d'épidémie, pour fuir *tôt, loin et longtemps*, comme on le suggérait à l'époque, il faut évidemment des moyens pour s'échapper (se déplacer...), des lieux où se rendre (être propriétaire...) et bien entendu être informé suffisamment tôt de l'arrivée du mal. Sur ces points, les hommes ne sont point égaux. Les classes populaires, non seulement, n'ont guère d'endroit où aller, et restent de ce fait dans une ville où l'insalubrité et la promiscuité favorise la contagion, mais elles sont également dépourvues de tous moyens d'information au sujet de l'arrivée prochaine de l'épidémie : pour éviter le mal, et s'organiser pour fuir, encore faut il être informé de sa venue. Peu instruit, généralement illettré, le Menu peuple ne peut que subir de plein fouet la maladie, contrairement à certaines élites (par exemple les riches londonien du 17^{ème} siècle) qui, mieux armées intellectuellement, utilisaient les causes de décès mentionnées sur les relevés enregistrés dans les paroisses pour s'apercevoir, par exemple, du début d'une épidémie de peste et prendre alors leurs distances de la ville¹⁶.

¹³ *Ibid.*, p 443.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ P. Surault, *op. cit.*, p 8.

La peste est certes un personnage central du Moyen-âge et de la Renaissance, toutefois, au cours de ces périodes, elle n'est pas le seul fléau épidémique à décimer inégalement les populations. Sans prétendre à une liste exhaustive, se joignent à la peste des maladies telles que la typhoïde, la tuberculose, le paludisme, la grippe, la dysenterie, l'ergotisme, ou encore la lèpre...

La tuberculose, par exemple, ne se développe pas n'importe où. Les conditions de vie des plus démunis, marquées par une hygiène de piètre qualité, jouent largement en faveur de l'éclosion et de la prolifération de la maladie. En effet, les plus touchés par ce mal, les pauvres, vivent dans de très mauvaises conditions de logement et d'alimentation ; le faible ensoleillement de l'habitat, la promiscuité ou encore l'entassement dans une seule pièce, la sous-alimentation fréquente sont pour eux des facteurs favorisant la maladie¹⁷. Il existe bien quelques traitements¹⁸, mais ils sont réservés à une minorité ; ils ne sont guère connus que des médecins et ne sont accessibles qu'à une infime partie, la plus aisée et la plus médicalisée, des souffrants.

La dysenterie, quand à elle, lorsqu'elle atteint une population en bonne santé et suffisamment nourrie (ce qui d'ailleurs va généralement de pair...), n'a qu'une létalité d'environ cinq pour cent ; touchant toutes les classes d'âges, elle peut, en cas d'association avec une autre affection comme la typhoïde, atteindre trente pour cent. Plus grave est la situation d'une population affaiblie par la famine, où la létalité peut aller jusqu'à soixante pour cent. Or, ce sont les catégories sociales les plus pauvres qui sont les plus frappées par les famines, les disettes et la malnutrition.

L'ergotisme, par exemple, est la conséquence directe d'une mauvaise alimentation. Au Moyen Age, les hommes sont assez désarmés face à cette affection¹⁹. La maladie est provoquée par le seigle ergoté, et celui-ci est généralement tamisé afin d'éliminer l'ergot. C'est la misère qui, les années de mauvaises récoltes, contraint les paysans à consommer malgré tout le pain de seigle ergoté, pour faire la soudure, entre août et octobre où ils récoltent le sarrasin ; chaque année, après plusieurs semaines de consommation, c'est en octobre que les cas les plus graves sont hospitalisés²⁰.

¹⁷ J. Dupâquier, *op. cit.*, t. I, p. 439.

¹⁸ « Les connaissances des médecins de l'Antiquité sur la tuberculose sont purement descriptives. C'est Alexandre de Tralles (526-605) à Byzance, au début du Moyen Age, qui le premier recommande de mettre le malade au repos absolu et de ne saigner que ceux qui ont des signes évidents de pléthore. L'école de Salerne, très judicieusement, reprend ce traitement et y ajoute la suralimentation. » *Ibid.*

¹⁹ L'ergotisme arrête notamment le lait chez les nourrices ; dans les villages affectés, on relève certaines années des taux de mortalité infantile exceptionnellement élevés.

²⁰ J. Dupâquier, *op. cit.*, t. II, p 252.

Les crises de subsistance

Autre facteur de surmortalité pour le menu peuple, à ne pas isoler complètement des fléaux épidémiques : les crises de subsistance. Malnutrition et maladies agissent souvent de concert, une alimentation peu convenable, fruit de la misère, ayant pour effet de fragiliser l'organisme (système immunitaire affaibli...) et de rendre ainsi les individus plus vulnérables. Le phénomène épidémique peut conserver une relative autonomie, toutefois, il semble admis que dans bien des cas, la maladie prend naissance dans un terrain préparé par la disette ou simplement la malnutrition. La rareté des subsistances, en période de crise alimentaire, est en effet susceptible de provoquer un climat favorable à l'extension d'une épidémie ; par exemple, la malnutrition prépare le terrain à la dysenterie ou au typhus.

Ainsi, dans la France de l'Ancien Régime, note J. Dupâquier, « *les années où le blé a été le plus cher ont été en même temps celles où la mortalité a été la plus grande et les maladies plus communes* »²¹. Au sein des couches sociales les plus nécessiteuses, il était de pratique courante d'absorber d'immondes nourritures : pain de son, orties cuites, graines déterrées, entrailles de bestiaux ramassées devant les tueries (anciens abattoirs particuliers), etc. S'en suivent indigence, faim, puis fièvres pernicieuses et mortifères...

Toutefois, ce n'est pas la faim qui tue directement, semble-t-il, mais plus ses à-côtés (si l'on considère la France du 17^{ème} siècle, le risque de mourir d'inanition pure est assez réduit). C'est davantage la maladie qui tue, l'épidémie dont les avenues sont ouvertes par la fatigue, la sous alimentation accidentelle, l'errance des plus pauvres, les imprudences alimentaires de beaucoup, l'inquiétude, la désespérance et pourquoi pas, des relations que l'on ne saurait soupçonner. On meurt donc plus des conséquences de la faim, notamment par le relais épidémique, que de la faim en elle-même.

En France, au 16^{ème} et au 17^{ème} siècles, les historiens s'accordent pour dire que près d'une année sur trois fut une année de pain cher, près d'une année sur sept, pour les plus misérables, une année où manqua le pain nécessaire²². Les crises alimentaires résultent de la conjonction de deux facteurs : des récoltes médiocres accompagnées d'une succession de mauvaises récoltes, ce qui a pour effet d'épuiser les stocks. Les prix montent, le faible pouvoir d'achat et son amoindrissement tout au long du 16^{ème} siècle rendait le menu peuple de plus en plus sensible à ces hausses. A chaque famine, se répètent les mêmes schémas, les mêmes scènes

²¹ *Ibid*, p. 181.

²² Cf. F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, p 441.

de désarroi, les mêmes conséquences : mortalité dont le caractère sélectif détermine une sociologie de la maladie et de la mort inverse de celle des fortunes, arrivée massive des pauvres des campagnes que les autorités urbaines s'efforcent de rejeter soit en leur offrant quelque secours passager, soit en fermant leurs portes et les condamnant ainsi à mourir aux pieds des remparts, dans le fossé ou le long des chemins de campagne.

Que retenir de l'étude de ces périodes de crises, plus précisément de leurs conséquences sur les populations en termes de mortalité ?

Essentiellement, que durant ces périodes de surmortalité, les inégalités entre groupes sociaux apparaissent au grand jour : ces fléaux d'ancien style (du moins d'ancien style pour les pays « développés »...) déciment les hommes de manière profondément inégalitaire. Pour faire face à l'épidémie, ou à la disette, les hommes ne disposent pas des mêmes ressources et l'inégalité devant la mort au cours de ces véritables crises biologiques et démographiques se manifeste assez clairement.

Concernant les épidémies, et à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'une pandémie comme la peste, face à laquelle la médecine est totalement désarmée, ce n'est pas tant dans la possibilité d'avoir recours à des soins une fois le mal contracté que se situe l'essentiel de l'inégalité entre les couches sociales, mais bien plus dans les possibilités de se prémunir de l'épidémie avant qu'elle ne s'installe au sein des populations et qu'elle détruise les organismes ; sur ce point, nous l'avons vu, les différences entre riches et pauvres sont assez nettes. La faculté d'anticiper la maladie en optant pour la fuite, qui reste la solution thérapeutique la plus sage durant tout l'Ancien Régime, est fonction non seulement du niveau de richesse économique des individus, mais également, dans une certaine mesure, de leur niveau d'instruction. Ainsi, éviter le mal n'est pas à la portée de tous, et ces différences en matière d'attitudes préventives se traduisent en écarts sociaux de mortalité.

Les autres épidémies, comme la tuberculose, la typhoïde, la dysenterie, etc., sont certes moins virulentes que la peste, mais il n'empêche qu'elles occasionnent elles aussi une surmortalité dans les groupes sociaux les plus humbles. Dépourvus de logements décents, vivant dans la promiscuité, voire dans l'entassement, devant passer le plus clair de leur temps dans la hantise du pain quotidien, les pauvres réunissent toutes les conditions d'existence favorables au développement et à la diffusion d'une multitude de pathologies (les premières victimes se trouvent donc dans leurs rangs).

En périodes de crises de subsistances, l'histoire semble se répéter...

En effet, les famines et les disettes ne touchent guère que les plus pauvres ; là encore, à la différence des riches, le Menu peuple, du fait de sa condition précaire, est dépourvu de tout moyen efficace de prévention et d'anticipation de ces cataclysmes alimentaires. En réalité, les conséquences selon les milieux sociaux diffèrent sur plusieurs points. Les gens riches, ou simplement aisés, souligne J. Dupâquier, cherchent à prévenir la faim²³ ; ils stockent dans leurs greniers, ils ont aussi les moyens d'acheter cher les rares céréales disponibles²⁴, accentuant l'inflation et tirant éventuellement profit de leur jeu spéculatif. En milieu rural, le paysan se voit dans l'obligation de déduire de sa récolte brute ses semences ainsi que les prélèvements divers dus au fisc, au seigneur, au clergé, ou encore aux créanciers et autres crédentiers. Il reste peu pour la consommation familiale et la vente d'un hypothétique surplus ; fréquemment, il a recours à l'endettement, s'il ne veut pas se priver, ainsi que ses proches, de nourriture. Dans les cas extrêmes, c'est l'exode à la recherche d'improbables subsistances, en particulier vers la ville voisine et le secours qu'elle tente d'apporter. L'alimentation peut devenir parfois déplorable, même dangereuse pour l'organisme : viandes avariées, fruits malsains, farines gâtées...

Les problèmes liés à la famine (malnutrition, sous alimentation), pour les plus mal lotis, se convertissent rapidement en problèmes de santé. Les épidémies digestives, aussi, se répandent d'autant plus vite que l'hygiène – ajoutée à une alimentation malsaine - fait totalement défaut et que les nombreux errants propagent la maladie. Bref, la faim et ses effets (maladies) tuent, mais inégalement.

²³ J. Dupâquier, *op. cit.*, t. II, p 182, 183.

²⁴ « Dans le cas de la disette généralisée, l'administration centrale fait venir des « bleds » en provenance de pays lointains, comme ceux des rives de la Baltique ou même, au cours des deux décennies à cheval sur les 17^{ème} et 18^{ème} siècles, des Etats barbaresques de la Méditerranée ; mais les quantités sont limitées et le coût fort élevé. » *Ibid*, p. 181.

3 - La mortalité « normale » avant le 18^{ème} siècle

Nous venons d'observer ce que pouvaient être les différences de mortalité entre groupes sociaux au cours de périodes dites de surmortalité, celle-ci résultant de catastrophes ou de fléaux exceptionnels, comme les épidémies, les famines, les guerres ou encore les massacres²⁵. En dehors de ces périodes de crises, on peut parler de *mortalité normale* d'une population, mortalité qui correspond à son niveau de vie économique, à ses habitudes, son comportement, son mode de vie, à ses conditions de vie, de logement, de travail, ou encore à son aptitude ou sa capacité à lutter contre la maladie, etc.

Intéressons nous donc maintenant d'un peu plus près à la mortalité au cours de ces périodes plus stables.

Avant le 18^{ème}, pour l'Europe Occidentale, l'étude « référence » en matière de mortalité différentielle reste celle d'A. Perrenoud, portant sur l'inégalité sociale devant la mort à Genève au 17^{ème} siècle ; on se souvient que les patriciens genevois peuvent espérer vivre en moyenne six ans de plus que le reste de la population.

Pour la France, on ne dispose pas d'étude similaire ; néanmoins, la démographie historique (ainsi qu'un regard, un intérêt porté à l'histoire économique et sociale de la France) permet de dégager quelques pistes de réflexion sur ce que pouvait être l'inégalité devant la mort avant le 18^{ème} siècle, dans des périodes plus stables.

Pour essayer de déchiffrer et de penser, dans les grandes lignes, les différences sociales de mortalité avant le 18^e – Moyen-âge, Renaissance -, il semble nécessaire de dégager certains traits structurels propres aux sociétés d'ancien régime. Autrement dit, c'est sans doute en rentrant en contact avec les groupes sociaux, en se familiarisant avec ce qu'ont pu être les catégories sociales de l'époque, que l'on pourra voir dans quelles mesures l'inégalité des conditions d'existence a un impact relatif sur le taux de mortalité. Nous cheminerons, d'ailleurs, avec ces préoccupations, tout au long de notre travail consacré à l'inégalité sociale devant la mort, dans la France d'aujourd'hui.

²⁵Nous ne nous étendrons pas sur le sujet, mais il semble que la guerre, qui occupe aussi une place non négligeable dans l'Ancien Régime, occasionne des dégâts importants au sein des élites ; ils sont mieux préservés des épidémies, ils ne souffrent ni de la faim ni de la misère, cependant, le processus d'autodestruction de cette Aristocratie guerrière peut se révéler très efficace : entre les campagnes de la Guerre de cent ans et les luttes de la guerre des Deux-Roses la place des morts violentes devient considérables chez les pairs anglais, entre 1350 et 1450. V., à ce sujet, M. Vovelle, *op. cit.*, p 98.

Les travaux portant plus particulièrement sur l'histoire économique et sociale de la France aux 16^e et 17^e siècles rappellent un élément important, qui conserve, par ailleurs, toute son actualité : *un métier implique, au-delà de l'exercice d'une activité professionnelle, une condition.*²⁶ Les sociétés urbaines, notamment, renferment des catégories sociales bien spécifiques. Dressons brièvement leur portrait.

Le mot « marchand », par exemple, revêtu d'une certaine dignité, désigne un personnage riche, considéré et influent. Aux niveaux supérieurs on retrouve les « riches », les « aisés », les « opulents », les « notables » : ceux qui « ont de quoi », du « vaillant », du « bien au soleil » (toujours utile pour y trouver refuge en cas d'épidémie...), des greniers bien garnis qui les protègent de la hantise du pain quotidien (meilleure gestion des crises de subsistance : réserves et prévoyance...). Plus bas, il y a le « menu peuple », le « populaire », les « gens vils », les « manuels », la « populace », la foule des compagnons, des gagne-deniers, de tous ceux qu'unit la peur de manquer du nécessaire. Ces dénominations péjoratives, d'ailleurs, ressortent davantage lors des périodes de disette et de troubles, puisque ces catégories, plus désarmées, en subissent davantage les effets. Les crises, en quelque sorte, rendent visible et perceptible l'incapacité du « populaire » à gérer les périodes moins stables. Elles révèlent tristement la condition des plus pauvres, sortent dramatiquement de l'anonymat des populations qui, prises de cours par l'assaut brutal des anciens fléaux, se retrouvent, une fois n'est pas coutume, au devant de la scène sociale : mais pour jouer un triste rôle, dans le domaine de la mortalité...

On peut rattacher à ces populations - bien que situés encore plus bas dans l'échelle sociale -, tous ceux qui ont basculé dans la « nécessité » : pauvres, mendiants, errants.

Cette représentation de la société urbaine en trois niveaux tend évidemment à grossir les oppositions et à estomper la part de ce qu'il est convenu d'appeler les « classes moyennes » : artisans et petits marchands. Sans compter les populations qui composent le monde rural : serfs²⁷, seigneurs locaux, vagabonds...

Arrêtons-nous quelque peu sur la condition du peuple et des plus pauvres.

Avec les plus modestes des artisans des métiers les plus pauvres, nous entrons dans le « menu peuple ». Celui-ci se définit par trois traits : il est formé de « gens vils et mécaniques », de manuels qui ne subsistent que du travail de leurs mains ; il est exclu du pouvoir communal ;

²⁶ F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, p. 411.

²⁷ A propos de la mortalité des serfs, v. J. Dupâquier, *op. cit.*, t. I, p. 353, chap. sur la démographie rurale.

enfin, étant démuné de toute avance, il vit « au jour la journée », dans la perpétuelle hantise du pain quotidien ; bref, « *il appartient au monde la nécessité, du silence, de l'incapacité politique ; il ne fait entendre sa voix qu'à travers le bref éclat des crises* ». ²⁸ La condition de manœuvre du bâtiment est assez représentative de la condition moyenne du peuple. Le manœuvre vit de son salaire : au début du 16^e siècle, il s'établît entre 35 et 40 deniers à Paris et à Lyon. Mais si chaque jour a ses bouches à nourrir, chaque jour n'a pas son salaire. La satisfaction des besoins les plus élémentaires, comme manger convenablement, se loger décentement, sans que l'inconfort, la promiscuité ou l'insalubrité deviennent le meilleur allié de la maladie, n'est donc pas toujours garantie.

Cependant le pire de la condition du menu peuple est moins dans sa médiocrité que dans sa précarité. La ration jugée nécessaire est d'une livre et demi de pain. En admettant qu'il ait quatre bouches à nourrir et qu'il ne dispose que d'un seul salaire – même dans les jours heureux -, le manœuvre chargé d'enfants est au bord de la nécessité. Viennent la cherté, la maladie, l'accident ou le chômage, le seuil de la pauvreté, c'est-à-dire la limite à partir de laquelle les ressources quotidiennes sont insuffisantes pour assurer la subsistance, est franchi. La grande pauvreté prend aussi un nouveau visage au 16^e siècle. Si la pauvreté est un phénomène ancien, le pauvre un personnage familier des campagnes et des villes médiévales²⁹, au 16^e siècle, des mutations s'opèrent. D'abord, la pauvreté augmente (la montée de ce phénomène, nous disent les historiens, est liée à un accroissement de la population excédant les possibilités d'emploi offertes par des économies urbaines et rurales trop rigides, par des marchés de main-d'œuvre qui ont atteint très vite leur niveau de saturation. A partir du milieu du 16^e, elle dépend plus de la chute des salaires et de l'abaissement profond de la condition populaire). Cette évolution a modifié et redéfini la sociologie de la pauvreté. A présent, au noyau traditionnel s'ajoute une masse de pauvres formant la frange inférieure du menu peuple où prédominent les pauvres valides dans la mesure où la famine n'entraîne pas la maladie. Or le nouveau visage de la pauvreté a transformé l'image que la société se faisait du pauvre et de la pauvreté. Cette indigence massive, présente en permanence au cœur de la cité et qui n'est plus représentée seulement par des infirmes de la naissance, de la maladie ou de l'âge, mais par des hommes capables de travailler, propriétaires de leur seule force de travail, prend un visage plus obsédant et plus

²⁸ F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, p. 418.

²⁹ « *Infirmes, familles surchargées, d'enfants, malades ou vieillards incapables de travailler en constituaient la part la plus nombreuse à laquelle s'ajoutaient tous ceux que la vie avait jeté sur les chemins de l'errance et du vagabondage, sans feu ni lieu, ni personne qui les pût avouer, condamnés à la solitude, à la mendicité. Ces types constituaient le noyau irréductible de la société. Les sociétés urbaines leur avaient fait une place* ». *Ibid*, p. 420.

inquiétant : « elle tend à substituer à l'image traditionnelle du Christ souffrant le visage inquiet et hostile d'un être oisif, fainéant et sournois »³⁰...

La mortalité infantile : des caractéristiques sociales ?

On sait désormais à quel point la vie demeurait incertaine pour les enfants au cours des premiers jours, des premiers mois et des premières années de l'existence. Néanmoins il n'est pas exclu que cette fragilité des premiers âges concerne plus certaines catégories sociales que d'autres. Essayons de voir les arguments qui iraient en faveur d'une inégalité sociale face à la mortalité infantile³¹.

La mesure de la mortalité des enfants dans la France d'Ancien Régime est rendue difficile par le sous-enregistrement des décès d'enfants, avec lequel il faudra composer jusqu'au début du 19^e siècle (même si la tenue des registres paroissiaux apparaît meilleure en France que dans une majorité de pays européens). L'analyse socio-différentielle de la mortalité des enfants, qui nous intéresse, se trouve quant à elle limitée par une seconde difficulté : le sous-enregistrement des décès qui peut varier en fonction de l'appartenance sociale des parents. D'autant que toute tentative de classification socioprofessionnelle se heurte à la qualité souvent médiocre des indications relatives au statut et à la profession des parents dans les registres paroissiaux. En outre, un comportement social comme la mise en nourrice des enfants, plus répandu dans les classes aisées, vient compliquer l'analyse.³²

Malgré ces difficultés d'ordre « technique », on peut néanmoins relever certaines différences sociales, dont les origines remontent, certainement, bien avant le Moyen-âge ; en effet, nous avons toutes les raisons de penser que les variations de la mortalité des enfants selon le milieu social ou économique sont tout sauf un phénomène récent, un produit de la société industrielle. Il y a également une distinction majeure à faire entre la ville et la campagne. Au 17^e siècle – et peut-être même avant –, la mortalité en fonction de l'origine sociale est surtout une caractéristique urbaine. En dépit d'importantes difficultés d'analyse, des études révèlent, par exemple, ce que pouvait être la mortalité différentielle des enfants, dans certaines villes,

³⁰ *Ibid.*

³¹ Sur ces questions : v. J. Dupâquier, *op. cit.*, t. II, p. 222-230.

³² La pratique de la mise en nourrice augmente beaucoup les risques de décès pour une grande partie des enfants de villes et même pour certains campagnards. Cette pratique joue un rôle d'accélérateur de la mortalité infantile dans les milieux aisés, et de modérateur dans les milieux pauvres où elle est beaucoup moins répandue.

en fonction de leur appartenance sociale³³. Le résultat est très net pour la mortalité infantile, particulièrement forte chez les enfants d'ouvriers. Les données sont moins précises pour les enfants de 5 à 9 ans, mais il ressort des résultats que moins de 50 % des enfants de notables sont décédés avant 10 ans (alors que ces enfants sont plus soumis aux risques liés à la mise en nourrice) contre près de 60 % pour les enfants d'ouvriers.

Tout ne dépend pas de la médecine...

C'est en réponse à P. Surrault que nous nous sommes penchés avec un peu plus d'attention sur la question de l'inégalité devant la mort, entre groupes sociaux, pour des époques antérieures au 18^e siècle. Rappelons que l'auteur de *l'inégalité sociale devant la mort* prétend qu'il est difficile de faire état d'une mortalité différentielle, en fonction l'appartenance sociale, avant le siècle des Lumières. Si l'on s'en tient à son argumentation, ce serait seulement à partir du milieu du 18^e siècle, avec les progrès de la médecine, d'abord limités aux classes aisées, et avec la révolution industrielle, entraînant des conditions de travail et de vie très difficiles pour la classe ouvrière que les écarts sociaux de mortalité auraient investi le monde social, se creusant fortement et atteignant un maximum vers 1860-1880. Auparavant, nous dit P. Surrault, il n'existait pas de disparités importantes de mortalité entre les riches et les pauvres car l'inefficacité de la lutte thérapeutique n'entraînait pas d'inégalité devant la mort. La médecine était alors impuissante à réduire la mortalité. Enfin, prétend-il, au cours des périodes de grandes crises (épidémies, disettes/famines), il n'y aurait pas non plus eu de réel avantage lié à la condition sociale pour résister aux poussées violentes de mortalité engendrées par ces anciens fléaux. Les riches se protégeaient peut-être mieux des famines, mais les épidémies ne les épargnaient pas davantage...

³³ v. notamment J. P. Bardet, *Rouen aux 17^e et 18^e siècles : les mutations d'un espace social*, Paris, SEDES, 1983, t. 2, p. 198 et 422.

Au vu des éléments que nous avons pu dégager dans les pages qui précèdent, Il nous est difficile de rejoindre Surrault dans ses conclusions ; en effet, en périodes de crise ou en périodes « normales », on remarque des écarts de mortalité entre groupes sociaux avant le 18^e siècle, c'est-à-dire avant l'émergence d'une médecine relativement efficace. Cela signifie donc, d'après nous, que la nature de ces écarts est à chercher ailleurs que dans des facteurs d'ordre purement médicaux (notamment le recours aux soins). C'est là un élément important, qui nous servira certainement dans nos futures analyses : *l'inégalité sociale devant la maladie et la mort n'est qu'en partie déterminée par le recours inégal à la médecine*. Car si l'on peut faire état d'une *mortalité sociale* pour des périodes où la lutte thérapeutique était quasiment inopérante, cela signifie bien que la science médicale ne détient pas le monopole des facteurs explicatifs de la mortalité différentielle entre groupes sociaux et classes. Celle-ci, nous le verrons, répond de causes plus profondes...

L'erreur de Surrault, pour nous, réside essentiellement dans le fait qu'il entreprend une lecture des différences de mortalité entre classes à travers le seul prisme de la médecine. Cette démarche tend à réduire, en réalité, l'histoire de l'inégalité sociale devant la mort à une histoire de l'inégalité sociale devant la médecine. Or la santé, la lutte contre la maladie, etc., dépend autant du prévenir (éviter, anticiper, gérer...) que du guérir (soins, remèdes, actes médicaux...). Là-dessus, les groupes sociaux demeurent profondément inégaux : l'inégalité des conditions d'existence favorise une mortalité précoce chez les groupes les plus démunis qui, déjà plus fragilisés en périodes stables, le sont davantage lors des grandes crises. Et pour cause, leurs ressources sont plus limitées. Leurs conditions de vie, de travail, de logement, leur alimentation, etc., étant plus médiocres que celles des élites, les risques de la première enfance étant aussi plus prononcés, ils connaissent, généralement, une vie plus courte. Il n'est donc là nullement question d'inégalités devant l'accès aux soins, mais plutôt d'inégalités devant les conditions d'existence, qui se construisent en amont de la rencontre avec le monde de la médecine. C'est pourquoi nous dirons que les inégalités d'accès aux soins peuvent *aggraver*, mais non *créer* ou *déterminer* les inégalités sociales de santé, dont l'inégalité devant la mort en est la plus parfaite expression.

En définitive, s'il n'y a pas que la médecine qui apporte aux hommes la santé et la vie plus longue, il n'y a pas, de la même façon, que l'accès limité aux soins qui explique le fait que certains d'entre eux meurent prématurément. Les siècles suivants confirment cette tendance.

On peut donc dégager des éléments de mortalité différentielle, avant le 18^e siècle, entre classes, résultant d'autres facteurs que ceux purement médicaux. Ainsi, il n'y a pas que la lutte thérapeutique qui apporte la santé (cf. chapitre sur les progrès de l'espérance de vie). Des

écarts sociaux de mortalité peuvent se créer, naître, prendre forme, sans qu'ils soient nécessairement le produit de quelque intervention médicale, de quelque recours – ou non – aux soins et aux remèdes.

4 - Misère ouvrière & mortalité au 19^e siècle

À partir du milieu du 18^e siècle, la médecine progresse, mais les avancées qu'elle connaît ne profitent guère qu'aux catégories sociales les plus aisées, les plus instruites. Dès lors, les écarts sociaux de mortalité se creusent fortement. Mais c'est sans doute au 19^e siècle que la question de la mortalité différentielle suscite le plus de controverses. Le capitalisme est en plein essor, l'industrialisation bat son plein, l'urbanisation progresse et les villes servent désormais de refuge précaire à la masse de prolétaires, *sans feu ni lieu*, venus vendre leur force de travail, leur corps et leur bras aux capitalistes. Les conditions de travail et de vie sont très difficiles pour la classe ouvrière.

Dans un bel ouvrage consacré à la « *construction sociale du corps* »³⁴, C. Detrez rappelle que les enquêtes du 19^e siècle établissant des corrélations entre niveau social et conditions de mortalité et de morbidité visaient à contrer les théories morales qui voyaient, dans les vices supposés des classes laborieuses, non seulement la cause de leur maux, mais également une menace pour la société. Ces théories regardaient d'un mauvais œil la façon de vivre des couches populaires et occultaient complètement les répercussions que pouvait avoir la dureté du labeur sur la santé, sur le corps et sur le moral des ouvriers.

Benoiston de Châteauneuf, en 1832, établit des différences de durée de vie entre les riches et les pauvres. Les recherches statistiques sur Paris et le département de la Seine menées en 1821 montrent que le 10^e arrondissement (quartier cosu comprenant les Invalides et Saint-Germain) compte davantage de personnes dépassant 80 ans que le 6^e (Les Halles et Saint-Eustache), plus pauvre. Quant aux discours qui associent la tuberculose aux turpitudes

³⁴ C. Detrez, *La construction sociale du corps*, Ed. du Seuil, 2002.

morales, à l'insouciance, à l'oisiveté et à l'alcoolisme du prolétariat, les frères Bonneff, notamment, s'évertuent à montrer le rôle de la misère dans la contraction de la tuberculose : « *les quatre causes de la tuberculose ouvrière découverte à Lille sont : le surmenage physique, l'alimentation insuffisante, l'habitation et les travaux insalubres. Aucune autre ne doit leur être ajoutée, pas même l'alcoolisme, qui n'a été constaté chez les ouvriers tuberculeux que dans la proportion de 17 %* »³⁵.

*Mortalité infantile*³⁶

La mortalité infantile ne manifesta aucune tendance à la baisse sous le Second Empire. Le taux fut de 166 pour mille en 1851-1855, de 175 dans la période 1866-1869, et atteignit 217 en 1870-1871. Au même titre que la mortalité générale, la mortalité infantile et juvénile était beaucoup plus élevée au sein des catégories les plus démunies. Dans le prolétariat de la grande industrie, la mortalité était très forte³⁷. Phtisie, entérite, congestion pulmonaire, rachitisme, méningite étaient les principaux facteurs de cette mortalité. On peut donc penser que le développement de la grande industrie et de l'urbanisation ont eu, en ce domaine, des conséquences néfastes.

La ville mortifère ?

La question peut effectivement se poser, puisque l'on observe presque toujours dans les grandes villes, au cours des trois premiers quarts du 19^e siècle, une mortalité plus prononcée qu'ailleurs : « *les conditions d'hygiène, l'absence d'urbanisme, la misère de la classe ouvrière, là surtout où s'était implantée la grande industrie, expliquent cette situation particulièrement défavorable des grandes villes* »³⁸. La mortalité diminua certes à Paris, de 1817 à 1850, même dans les quartiers les plus pauvres ; cependant la baisse fut moindre dans ces derniers que dans les autres, si bien que l'écart avec les riches augmenta. Or c'est au milieu du 19^e siècle que l'inégalité sociale devant la mort fut la plus grande dans la capitale.

³⁵ Léon et Maurice Bonneff, *La vie tragique des travailleurs*, cités par C. Detrez, in *La construction sociale du corps*, *op. cit.*, p. 66.

³⁶ Cf. F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, p. 199.

³⁷ « *Une monographie a montré par exemple que dans les quartiers ouvriers de Lille (...) la mort enlevait avant un an un cinquième des nouveau-nés ; plus d'1/4 d'entre eux n'atteignaient pas leur troisième anniversaire et de 0 à 4 ans la moitié d'une classe d'âge avait déjà disparu* » *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

La forte mortalité enregistrée au 19^e siècle – plus particulièrement en ville et chez les classes « inférieures » - résultait d'un ensemble de conditions économiques, sociales, sanitaires, médicales, etc., que l'on ne pourrait détailler scrupuleusement ici. Quelques faits majeurs résument néanmoins le mauvais état sanitaire de la population : médiocrité du niveau de vie moyen et ignorance de la plus grande partie de la population, misère de la classe ouvrière, principalement dans l'industrie textile, insuffisance grave de l'hygiène, aux conséquences redoutables dans les villes, déficiences d'un régime alimentaire généralement pauvre en matières azotées, impuissance des médecins devant certaines maladies dont les causes leur étaient inconnues, faible densité d'un corps médical parfois peu formé (les « officiers de santé » par exemple), cherté des soins à domicile, petit nombre des hôpitaux et médiocre organisation de beaucoup d'entre eux...

Bien qu'exempté des grandes crises d'autrefois, qui faisaient des ravages dans les populations, le 19^e siècle n'est pas seulement marqué par l'essor industriel. Il restera aussi, à bien des égards, un siècle marqué par un niveau général de mortalité relativement élevé, mortalité d'autant plus prononcée que l'on franchit les portes du monde du *travail* – par opposition au *capital* -, les frontières d'un monde en proie à la subordination, au travail excessif, à l'usure physique et mentale, à l'aliénation sous toutes ses formes, bref, à des conditions de vie exténuantes et avilissantes. Un tableau sommaire de la condition ouvrière au 19^e nous permettra certainement de mieux comprendre les raisons de la surmortalité qui sévit dans ces milieux.

La condition des « classes laborieuses »³⁹

Monde encore hétérogène, monde que les différences d'origine, de qualification, de statut juridique et social semblent vouer aux divisions et à la faiblesse, la classe ouvrière en formation trouve malgré tout des éléments d'unité incontournables : tout d'abord, les ouvriers ont cette caractéristique commune d'être exclus de la propriété privée des moyens de production. La seule force de travail dont ils disposent, c'est leur corps, qu'ils sont contraints

³⁹ Concernant cette question, nous puiserons essentiellement nos sources dans deux chapitres consacrés à la *condition ouvrière*, au 19^e siècle, présentés dans le t. II (p. 661- 678) et le t. III (p. 777-800) de l'*Histoire économique et sociale de la France* (F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*).

de vendre au capitaliste. L'ouvrier, qui ne possède rien, est en quelque sorte voué à la subordination. C'est le principe de l'exploitation de classe, qui demeure sans doute une des principales causes de la surmortalité ouvrière. Un autre élément d'unité de la classe ouvrière se trouve également dans la très générale précarité de sa condition, dans sa peine physique et dans sa misère morale.

Un travail malsain, excessif et risqué

Au travail, l'ouvrier est largement soumis à la peine. Comme l'écrivait Marx, « *le travail produit des merveilles pour les riches, mais il produit le dénuement pour l'ouvrier. Il produit des palais, mais des taudis pour l'ouvrier. Il produit la beauté, mais l'infirmité pour l'ouvrier. Il remplace le travail par des machines, mais il remplace une partie des ouvriers dans un travail barbare et transforme l'autre partie en machines* »⁴⁰. Le théoricien de l'extorsion de la plus-value – surtravail non payé à l'ouvrier, bénéfique pour le capitaliste – impute donc les décès prématurés des ouvriers au mode de production de capitaliste, au capital qui, « *semble au vampire, ne s'anime qu'en suçant le travail vivant* »⁴¹, et qui voit son existence d'autant plus allègre qu'il en pompe davantage. La recherche du profit, qui se réalise, en économie capitaliste, par l'exploitation du travail humain, pourrait donc avoir une part de responsabilité dans l'établissement et le renforcement de l'inégalité sociale devant la mort. D'autant que le capital ne se préoccupe pas de ce qui peut advenir au travailleur en dehors du temps qu'il travaille. Il laisse discrètement au médecin, au juge, au fossoyeur, ou au prévôt des mendiants, le soin de s'en inquiéter quelque peu.

En 1840, la situation de la classe laborieuse, au travail et en dehors, ne laisse pas indifférente L. R. Villermé. Dans *Tableau physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, il montre à quel point l'usine estropie le travailleur. Son étude sur les ouvriers des filatures lui permet de déduire que les conditions de travail, leur posture, leur pose habituelle, etc. peuvent être à l'origine de traumatismes physiques, comme les genoux cagneux ou rapprochés l'un de l'autre...

Les conditions de travail demeuraient donc très dures, très nocives. Tous les récits et enquêtes de l'époque argumentent dans ce sens. Tout d'abord, les locaux industriels étaient généralement insalubres : à Beauvais, un ancien fabricant évoque les ouvriers humides, bas,

⁴⁰K. Marx, *Manuscrits de 1844*, Flammarion, 1996, p. 111.

⁴¹K. Marx, *Le Capital*, Livre 1, sections I à IV, Flammarion, Paris, 1985, p. 179.

sombres et froids, générateurs de fièvres pernicieuses, de maladies de sédentarité et de tuberculose.⁴² Quant aux boutiques de tisserand, elles sont toutes enterrées et humides, ce qui ruine la santé de ceux qui font des toiles : après quelques années de travail, ils deviennent pâles et d'une couleur livide, avec des jambes gorgées ou ulcérées.⁴³ Les mineurs étaient également extrêmement déshérités. Les maladies professionnelles étaient monnaie courante. Dans le textile, la tuberculose faisait des ravages. Selon un rapport de police du 30 mai 1807, bien peu d'ouvriers dépassaient la cinquantaine.⁴⁴

Dès le début de 19^e siècle, on se rend compte que les classes laborieuses payent dans leur chair même le prix d'une croissance industrielle poursuivi sans aucune considération humaine. La longueur de la journée de travail en est un triste exemple : la durée, en effet, vient s'ajouter à la dureté et à la nocivité. Cela peut nous surprendre aujourd'hui, mais à l'époque, aucune législation ne limite la journée de travail, et celle-ci dépend de la coutume, de l'arbitraire des patrons, de la lumière ! Il faut bien avoir en tête que l'établissement d'une journée de travail normale est le résultat d'une lutte de plusieurs siècles entre le capitaliste et le travailleur.⁴⁵ Dans l'industrie textile, par exemple, il semble bien que la journée soit sans bornes. A Troyes, elle tourne autour de 15 à 16 heures ; dans la soierie lyonnaise, elle peut atteindre 18 heures, les tisserands devançant le lever de l'aurore et prolongeant leurs travaux jusque tard dans la nuit, avec toutes les conséquences que ces excès de travail peuvent avoir sur les organismes, les âmes et les corps des travailleurs les plus faibles. Lorsque le travail dépasse les limites physiologiques de l'homme, il façonne le corps, le mortifie, le marque durablement, allant jusqu'à l'anéantir dans la fleur de l'âge, avant même qu'il ne soit pleinement développé. On reconnaît d'ailleurs, soulignait Marx dans *Le capital*, au premier coup d'œil l'empreinte du travail excessif.

Les conditions de travail, la longueur de la journée et l'absence de mesures de sécurité expliquent aussi le grand nombre d'accidents, que ce soit dans les ateliers textiles, dans les mines ou encore dans le bâtiment⁴⁶.

⁴² Cf. F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, t. II, p. 663.

⁴³ D'après un mémoire anonyme... (*Ibid*, p.664)

⁴⁴ *Ibid*, t. III, p. 122.

⁴⁵ Ce que rappelle Marx in *Le Capital*, *op. cit.*, p. 203.

⁴⁶ « Dans les ateliers textiles aucun grillage ne protège les ouvriers de l'entrecroisement des courroies et des engrenages qui tournent dans des espaces restreints. Dans les mines aussi les accidents sont nombreux. Voici, par exemple, pour une période de trois ans et pour le seul bassin houiller de la Loire, le calendrier des catastrophes : 9 septembre 1839, 25 morts à la côte Thiollière ; le 26 octobre 1840, 31 tués à la concession de Collenon ; le 18 octobre 1842, 15 morts à la mine du Tour de Firminy ; 8 novembre 1842, 10 morts à la mine d'Egaranda. A Paris, c'est dans le bâtiment qu'on enregistre le plus d'accidents » (F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, t. III, p. 783).

Le travail des enfants

Comme pour les adultes, l'enfance ouvrière est marquée des peines liées au labeur. En ce début de siècle, aucune législation n'interdit le travail des enfants, mis à part un décret du 3 janvier 1813 qui avait interdit le travail au fond des mines pour les enfants de moins de dix ans⁴⁷. Du reste, le travail des enfants n'est pas une nouveauté du 19^e siècle. Dans les campagnes comme dans les villes, dans le milieu agricole comme dans l'« industrie », au sens large du terme, l'enfant-producteur figure sur le marché des services depuis très longtemps. Ce qu'il y a de nouveau dans cette forme d'exploitation, c'est le caractère de masse que va revêtir l'utilisation de la main d'œuvre enfantine dans certains secteurs industriels et l'aggravation des conditions de travail résultant de l'aggravation générale de la situation de l'adulte. L'âge n'est pas un frein à l'embauche : dès cinq ans, les fils et filles de prolétaires découvrent l'usine et les ateliers. On apprécie la délicatesse de leurs doigts et leurs petits gabarits pour se glisser sous les métiers ! Largement répandu – notamment dans le textile –, le travail des enfants était pour une large part responsable de la déchéance physique et d'irréremédiables problèmes de santé. Dans certaines clouteries des Ardennes, les enfants de dix ans travaillaient de trois heures du matin à six heures du soir, nourris pour l'essentiel de soupe et de pommes de terre. Perspicace, le préfet concluait : « *il n'est pas extraordinaire que leurs forces s'opposent au développement de leur corps* »⁴⁸.

Médiocrité générale et précarité de l'existence ouvrière : misère physiologique & misère morale

Les conditions de vie de la classe ouvrière sont aussi critiques que les conditions du travail (logement, alimentation, précarité, misère physiologique et morale...).

La médiocrité est générale et elle affecte toutes les formes de la vie quotidienne. A commencer par le logement. Les demeures sont pauvres, particulièrement à la ville, où la misère est encore plus palpable. Les loyers décents étant beaucoup trop élevés pour les familles ouvrières, les travailleurs sont contraints de s'entasser dans des locaux exigus et malsains : « *à Lyon, on enferme jusqu'à 8 ou 9 personnes dans des locaux aussi réduits, sans*

⁴⁷*Ibid.*, p. 783.

⁴⁸*Ibid.*, p. 123.

*le moindre confort, sans air ni lumière, aux fenêtres perpétuellement fermées par crainte de l'humidité qui fait rompre les fibres ».*⁴⁹

Concernant l'alimentation, la malnutrition et la frugalité sont de règle. Les ouvriers, généralement, mangent mal et peu. Ils souffrent de carences variées, dues au déséquilibre de régimes à base de pain, de soupe et de légumes secs, de l'insuffisance de viande.

Cette médiocrité générale des conditions d'existence fragilise les organismes, affaiblit les corps et prépare le terrain à la maladie. Le choléra, par exemple, se saisit de cette misère physiologique pour faire des ravages dans la classe ouvrière. Lorsqu'il s'abat sur Paris en 1832, il frappe plus lourdement les rues populaires. L'inégalité devant l'épidémie et devant la mort est alors clairement ressentie.

La médiocrité de la vie ouvrière s'accompagne également d'une précarité et d'une instabilité, qui rendent l'existence du travailleur plus dure encore et le mettent à la merci de la plus grande misère. Le chômage est pour lui une perpétuelle hantise...

Enfin, la misère matérielle, la dureté du labeur, la médiocrité d'une existence vouée à la précarité et à l'incertitude, engendrent inexorablement la misère morale, qui ronge l'âme et détruit le tempérament du travailleur. Sans compter que dès les 17^e et 18^e siècles, l'association entre « classes laborieuses » et « classes dangereuses » se prépare dans l'esprit des élites dirigeantes : l'ouvrier, stigmatisé ignorant, miséreux, brutal et dangereux, n'a donc aucune possibilité d'élévation sociale et son seul avenir est de supporter et d'intérioriser sa condition.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 672.

L'examen du passé, en définitive, livre des indications précieuses sur ce que pouvait être la mortalité différentielle, notamment entre groupes sociaux, dans l'histoire. Le constat est sans appel : l'égalité face à la mort n'existait pas. Il nous reste à présent à voir la place qu'occupe ce phénomène aujourd'hui, au sein de notre société.

Bien entendu, L'état de santé moyen de la population s'est considérablement amélioré depuis deux siècles. L'espérance de vie à la naissance est d'abord passée de moins de 30 ans au siècle des lumières à environ 40 ans dans la première moitié du 19^{ème} siècle ; depuis 1870 elle progresse rapidement et assez régulièrement pour atteindre 77 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes en 2008 ; et la mortalité infantile a chuté spectaculairement ces dernières décennies, pour être un des plus faibles du monde aujourd'hui : 3,7 pour mille en 2009⁵⁰.

Néanmoins, en dépit de ces progrès incontestables, les inégalités sociales face à la santé et devant la mort, que nous venons d'étudier historiquement, n'ont pas désinvesti le monde social. Loin de là. Elles se sont même accrues depuis 1980. Les différentes pathologies frappent en effet presque toujours inégalement : les couches sociales les plus modestes en payent le tribut le plus lourd. Les inégalités face à la mort qui en résultent sont le produit de multiples facteurs, dont les plus évidents tiennent aux habitudes de vie et aux inégalités d'accès au système de soin, mais aussi, facteur peut-être trop peu pris en compte en France, à la qualité du travail (conditions de travail).

Avant d'examiner plus en détail les disparités de mortalité en fonction de l'appartenance sociale, observons d'abord comment la mortalité varie aussi en fonction du sexe. Hommes et femmes, en effet, ne sont pas égaux devant la mort.

⁵⁰ Source : INED.