Jean-François Chanlat

Professeur-adjoint, École Hautes Études Commerciales de Montréal. Spécialiste des théories des organisations et de la santé

(1985)

"Types de sociétés, types de morbidités: la socio-genèse des maladies"

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole, Professeur sociologie au Cégep de Chicoutimi Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Dans le cadre de "Les classiques des sciences sociales"

Site web: http://classiques.uqac.ca/
Une bibliothèque fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, sociologue

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi Site web: http://bibliotheque.ugac.ca/

Cette édition électronique a été réalisée Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de soins infirmiers retraitée de l'enseignement au Cégep de Chicoutimi

Courriel: <u>jean-marie_tremblay@uqac.ca</u>

à partir du texte de :

Jean-François Chanlat, "Types de sociétés, types de morbidités: la sociogenèse des maladies". Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie. Chapitre 14, pp. 293-304. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

Professeur-adjoint, École Hautes Études Commerciales de Montréal. Spécialiste des théories des organisations et de la santé

professeur en sciences de la gestion, <u>Université Paris IX Dauphine</u>

[Autorisation formelle de l'auteur accordée le 15 mai 2006 de diffuser cet article dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel: Jean-Francois.Chanlat@dauphine.fr

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points. Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Edition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5" x 11")

Edition numérique réalisée le 15 mai 2006 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Jean-François Chanlat

professeur en sciences de la gestion, Université Paris IX Dauphine

"Types de sociétés, types de morbidités: la socio-genèse des maladies"



Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie**. Chapitre 14, pp. 293-304. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

Table des matières

Introduction

MORBIDITÉ, MORTALITÉ ET SOCIÉTÉ: LES LEÇONS DE L'HISTOIRE

<u>La santé à l'âge de pierre</u> <u>Morbidité et mortalité au sein des sociétés agricoles</u> <u>Morbidité et mortalité au sein des sociétés industrielles</u>

L'INÉGALITÉ SOCIALE DEVANT LA MALADIE ET DEVANT LA MORT

Tableau 1.	Liens sociaux et mortalité, Comté d'Alameda, Californie, 1967-
	1976 (20)

- <u>Tableau 2</u>. Principales causes de morbidité, selon le type de société
- <u>Tableau 3</u>. Taux de mortalité par 1 000 de population selon l'origine ethnique à Montréal 1876-1896 (28)
- <u>Tableau 4.</u> Disparités sociales de mortalité parmi les hommes de 25 à 64 ans, selon la catégorie socio-professionnelle, Canada, 1974 (30)
- <u>Tableau 5</u>. Taux de mortalité en Angleterre et au Pays de Galles suivant la classe sociale : 1890-1971 (35)

Jean-François Chanlat,

professeur en sciences de la gestion, <u>Université Paris IX Dauphine</u>

"Types de sociétés, types de morbidités: la socio-genèse des maladies".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie**. Chapitre 14, pp. 293-304. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

Introduction

Retour à la table des matières

À en croire ce que l'on peut lire le plus fréquemment dans de nombreuses revues médicales, la maladie est un phénomène soit strictement biologique, soit uniquement psychologique. ¹ Ces deux conceptions largement dominantes, encore aujourd'hui, sont de plus en plus critiquées. Ce qu'on leur reproche principalement, c'est de faire, la plupart du temps, l'impasse sur le social, en réduisant la maladie soit à un phénomène cellulaire, biochimique ou génétique, soit à un désordre psychique. ² Ces critiques ne reposent pas par ailleurs sur du sa-

Voir Anne LAFORGUE, La société est-elle cause des maladies? Une question qui intéresse peu les médecins, Étude quantitative de la bibliographie médicale mondiale. Paris, Thèse de médecine, Université de Paris, VII, 1979.

² Voir en particulier J. EYER et P. STERLING, « Organisation sociale, stress et surmortalité », dans : L. BOZZINI, M. RENAUD, D. GAUCHER, J. LLAM-

ble. Bien au contraire, elles s'appuient sur un grand nombre de données qui tendent à prouver que la production sociale de la maladie n'est pas un mythe mais bien une réalité dont l'existence remonte non seulement aux premières heures de l'histoire humaine, mais s'inscrit également au coeur de la structure sociale. C'est cette socio-genèse des maladies qui fait l'objet du présent chapitre.

MORBIDITÉ, MORTALITÉ ET SOCIÉTÉ : LES LEÇONS DE L'HISTOIRE

Contrairement à ce que Rousseau pensait jadis, aucune société humaine n'est exempte de maladies. Toutefois, le type de morbidité et sa fréquence au sein d'une population varient d'une société à l'autre. C'est un phénomène que l'on a pu en effet observer régulièrement tout au long de l'histoire de l'homme.

La santé à l'âge de pierre

Retour à la table des matières

La période paléolithique couvre 99% de l'histoire humaine. Au cours de cette très longue période, l'homme vit en petits groupes, isolés et mobiles. L'activité économique dont il tire sa subsistance repose essentiellement sur le produit de la cueillette, de la chasse et de la pêche. Sur la santé des hommes du paléolithique, on ne sait pas grandchose. Mais, l'apport de la paléopathologie, celui de certaines données biologiques, ajoutés aux connaissances que l'on a de la santé des cueilleurs-chasseurs d'hier et d'aujourd'hui, nous donnent quand même quelques indices. ³

BIAS-WOLF, *Médecine et société*, *les années 80*, Montréal, Éditions coopératives Albert St-Martin, 1981, pp. 177-233.

Voir, à ce propos, M. SENDRAIL, *Histoire culturelle de la maladie*, Toulouse, Privat, 1980, 445 p.; R. DUBOS, *L'homme et l'adaptation au milieu*, Paris, Payot, 1973; S.V. BOYDEN (Ed.), *The Impact of Civilisation on the Biology of Man*, Canberra, Australian National University Press, 1970; I.

La période paléolithique est marquée par de nombreux changements climatiques. On assiste, en effet, à quatre glaciations successives. Si l'on ne doute pas des conséquences que cela ait pu avoir sur le type de pathologie, le manque de données ne permet pas d'avoir une vision claire des pathologies existantes au cours du paléolithique inférieur. Ce n'est qu'après l'avènement du paléolithique supérieur - période qui correspond par ailleurs à l'émergence de notre ancêtre direct : l'homo *sapiens* - que nous commençons à accéder, selon la formule de M. Sendrail, à une meilleure connaissance du destin pathologique de notre espèce. ⁴ Ce que l'on remarque notamment, c'est la prédominance des accidents traumatiques et la présence quasi générale d'osthéarthrose chronique. Ces lésions frappent des personnes jeunes. L'espérance de vie à cette époque ne doit pas dépasser la trentaine. En revanche, on ne remarque aucune carie, aucune trace de tuberculose, de syphilis ou de rachitisme. ⁵

Morbidité et mortalité au sein des sociétés agricoles

Retour à la table des matières

L'avènement de ce que les archéologues et les historiens ont appelé le néolithique met fin, dans une large mesure, au premier mode d'organisation humaine marqué par le nomadisme, la chasse, la cueillette et la pêche.

DEVORE and R.B. LEE, *Man the Hunier*, Chicago, Aldine, 1968; V.P. CO-MITI, « Les maladies d'autrefois », *La Recherche*, no 115, octobre 1980, pp. 1044-1051.

⁴ La comparaison devient possible pour deux raisons : d'une part, parce que nous possédons plus d'une centaine de squelettes en provenance de cette période, d'autre part, parce que les hommes de cette époque ont un squelette pratiquement identique au nôtre. Voir M. SENDRAIL, *op. cit*.

Voir, à ce sujet, M. SENDRAIL, op. cit.; V.P. COMITI, op. cit.; R. DUBOS, op. cit.

L'explosion démographique, la sédentarisation des populations, l'exploitation de la terre, le défrichement des forêts, la domestication des animaux (chien, boeuf, porc), qui accompagnent cette révolution néolithique 6, entraînent de profondes modifications dans le tableau de la morbidité. Certaines pathologies, absentes dans les sociétés paléolithiques, apparaissent. C'est le cas des maladies de carence (caries, scorbut, rachitisme) en raison de changements observés dans le régime alimentaire. C'est le cas également de certaines maladies transmissibles comme la tuberculose et le paludisme qui semblent désormais fréquentes dans les villes et les villages surpeuplés de l'Antiquité. 7 En fait, selon l'historien V.P. Comiti, trois grands groupes de maladies ont émergé à cette époque :

- 1) les affections à transmission inter-humaine sans possibilité de survivance en dehors d'importantes concentrations humaines (poliomyélite, rougeole, rubéole, variole, etc.);
- 2) les affections dues aux rapports de plus en plus étroits entre l'homme et les rongeurs (peste, melloïdiose, tularémie);
- 3) les maladies diarrhéiques du fait d'un besoin de plus en plus grand d'eau. 8

À partir de l'Antiquité jusqu'au siècle des Lumières, les sociétés vont donc affronter non seulement des épidémies périodiques d'origines diverses, dont la plus meurtrière reste la Peste Noire du XIVe siècle, mais aussi sont confrontées à des maladies infectieuses qui sévissent à l'état endémique (grippe, lèpre, typhus, diphtérie, variole, etc.). 9 Certaines populations indigènes, à la suite de l'élargissement de l'espace mondial aux XVe et XVIe siècles, verront même leur popula-

⁶ Consulter G. CHILDE, *La naissance de la civilisation*, Paris, Denoël-Gonthier, 1964.

Voir, à ce propos, M. SENDRAIL, op. cit.; P.V. COMITI, op. cit.

⁸ Voir P.V. COMITI, op. cit.

Consulter F.C. CARTWRIGHT and M.B. BIDISS, Disease and History, New York, Thomas Y. Crowell, 1972; A. SIEGFRIED, Itinéraires des contagions, épidémies et idéologies, Paris, A. Colin, 1960, 118 p.; F. DESTAING, Ces maladies qui ont changé le monde, Paris, Presses de la Cité, 1978, 254 p.

tion s'effondrer dramatiquement pour ne pas dire être anéantie sous l'assaut des microbes importés. ¹⁰

La surmortalité que l'on observe dans les sociétés agricoles a par ailleurs des racines sociales. Contrairement à l'image bucolique que certains peuvent avoir de la vie quotidienne à cette époque, les villes et les campagnes européennes, en particulier aux XVIIe et XVIIIe siècles sur lesquels on a beaucoup de données, sont de véritables foyers d'infections (hygiène inexistante, pollution des eaux, absence de canalisation, entassement humain, etc.) auxquels les nombreuses guerres, la soldatesque errante, les famines périodiques prêtent leur concours pour décimer régulièrement les populations. ¹¹ Les taux de mortalité infantile et juvénile sont très élevés comme nous le rappelle un historien français :

Dans la démographie du type ancien où les taux de mortalité infantile sont de l'ordre de 20 à 30%, franchir le cap du premier anniversaire est pour un enfant une première victoire sur la mort. Mais celle-ci reste redoutable tout au long de l'enfance et de l'adolescence. Le taux moyen de mortalité juvénile est variable selon les paroisses mais se situe généralement entre 40 et 60%. ¹²

C'est donc sur cet arrière-plan socio-sanitaire peu reluisant que les premiers éléments de la Révolution industrielle se mettent en place.

Voir F. DESTAING, op. cit.; R. LAROCQUE, « L'introduction des maladies européennes chez les autochtones des XVIIe et XVIIIe siècles », Recherches amérindiennes du Québec, XII, 1, 1982, pp. 13-24.

Voir, en particulier, J.P. PETER, « Malades et maladies àla fin du XVIIIe siècle », Annales, 4, juilletaoût 1967, pp. 711-751; J.P. GOUBERT, Malades et médecins en Bretagne 1770-1790, Rennes, Université de Haute-Bretagne, 1974: F. LEBRUN, Les hommes et la mort en Anjou aux XVIIe et XVIIIe siècles, Paris, Flammarion, 1975; J. DUPÂQUIER, La population française aux XVIIe et XVIIIe siècles, Paris, Collection « Que sais-je? », no 1786, P.U.F., 1979; H. CHARBONNEAU, « Vie et mort de nos ancêtres », Études de démographie, Montréal, no 3, P.U.M., 1975.

¹² Tiré de F. LEBRUN, *La mort en Anjou*, Paris, Flammarion, 1978, p. 118.

Morbidité et mortalité au sein des sociétés industrielles

Retour à la table des matières

Commencée en Angleterre, à la fin du XVIIle siècle, la Révolution industrielle gagne peu à peu, au cours du XIXe siècle, tous les pays occidentaux. Dans la première moitié du XIXe siècle, la sous-alimentation chronique, l'absence d'hygiène, l'entassement humain, les longues heures de travail et les dures conditions de travail maintiennent ou accentuent les taux de mortalité infantile et juvénile de la période précédente. L'espérance de vie reste peu élevée. Les épidémies de typhus, l'apparition du choléra et la chronicité de la tuberculose provoquent, par ailleurs, des coupes sombres dans les populations. ¹³ Ce n'est qu'à partir du milieu du XIXe siècle, grâce aux luttes du mouvement ouvrier, à l'augmentation de la production agricole, à l'amélioration des conditions de vie, que les statistiques de mortalité se mettent peu à peu à régresser, que l'on assiste à un déclin des maladies infectieuses. ¹⁴

Puis, au fur et à mesure que l'impact du développement économique se fait sentir, on observe ensuite un retournement en matière de santé. Les maladies infectieuses, qui constituaient encore au début du

Consulter F. ENGELS, La situation de la classe laborieuse en Angleterre, Paris, Éditions sociales, 1975 [Texte disponible dans Les Classiques des sciences sociales. JMT.]; E. CHADWICK, Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Populations of G.B., Edinburgh, Edinburgh University Press, 1965; L.R. VILLERMÉ, Tableau de l'état physique et moral des ouvriers, Paris, U.G.E., 1968; E.H. ACKERKNECHT, Rudolf Virchow, Madison, University of Wisconsin Press, 1953; J. LÉONARD, La France médicale, médecins et malades au XIXe siècle, Paris, Gallimard, 1978.

Le rôle qu'a joué la médecine dans le recul des maladies infectieuses ne semble donc pas avoir été aussi déterminant que certains peuvent le penser. Voir, à ce sujet, T. McKEOWN, « Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles : le comportement, l'environnement et la médecine », dans : L. BOZZINI et al., op. cit., pp. 143-175. Voir également R. DUBOS, op. cit.; J. POWLES, « On the limitations of modern medicine », Science, Medicine and Man, 1, 1, 1973, pp. 1-30.

XXe siècle les premières causes de mortalité, cèdent leur place, après la seconde guerre mondiale, aux maladies chroniques, au cancer, aux accidents et aux maladies mentales. 15 La baisse considérable de la mortalité infantile entraîne une augmentation des espérances de vie. Tout comme l'émergence des maladies infectieuses après la révolution néolithique est en partie le produit de changements sociaux, la montée des maladies chroniques est donc attribuable à un nouveau mode de vie. La suralimentation, la consommation de tabac et d'alcool, les stresseurs propres aux sociétés industrielles avancées (crise économique, chômage, rythme du changement, mobilité, déqualification du travail, éclatement de liens sociaux, pollution de l'air, des eaux, etc.) en sont les principaux responsables. On a, en effet, beaucoup de mal à retrouver, tant dans des sociétés traditionnelles intégrées (occidentales ou non) qu'au sein de minorités ethniques ou religieuses qui ont conservé, à l'intérieur de structures modernes, un mode de vie traditionnel, les taux de morbidité que l'on observe parmi les populations qui ont adopté le mode de vie moderne. 16 Parmi tous ces facteurs, l'absence de soutien social mérite une attention particulière. En effet, depuis que l'on possède des statistiques fiables, on a toujours observé, par exemple, une surmortalité chez les personnes veuves, divorcées, séparées ou célibataires par rapport aux personnes mariées, et ce, quels que soient l'âge ou la cause de décès. 17 Si l'isolement social,

Voir P.V. COMITI, op. cil.; R. DUBOS, *op. cit.*; le même phénomène est également observé dans les pays de l'Est: à ce propos, voir R. COOPER, « Rising death in the Soviet Union », *The New England Journal of Medicine*, 304, 21, May 21, 1981, pp. 1259-1265.

Voir, à ce sujet, J. EYER et P. STERLING, « Organisation sociale, stress et surmortalité », dans : L. BOZZINI et al., op. cit., pp. 177-233 ; H. BRENNER, « Industrialization and economic growth estimates of their effects on the health of populations », dans : H. BRENNER, A. MOONEY and T. NAGY (Eds.), Assessing the Contributions of the Social Sciences to Health, Boulder Westview Press, 1980, pp. 65-115 ; J. BRUHN et ai., « Social aspects of coronary heart disease in two adjacent ethnically different communites », American Journal of Public Health, 56, 9, 1966, pp. 1493-1506 ; M. MARMOT and L. SYME, « Acculturation and coronary heurt disease in Japanese-Americans », American Journal of Epidemiology, 104, 1976, pp. 225-247.

Voir, à ce sujet, A. KRAUS and A. LILIENFELD, « Some epidemiologic aspects of the high mortality fate in the young widowed groups-, *Journal of Chronic Diseases*, 10, 1959, pp. 207-217; C. KITAGAWA and P.E. HAUSER, *Differential Mortality in the U.S.A.*, Cambridge, Harvard University

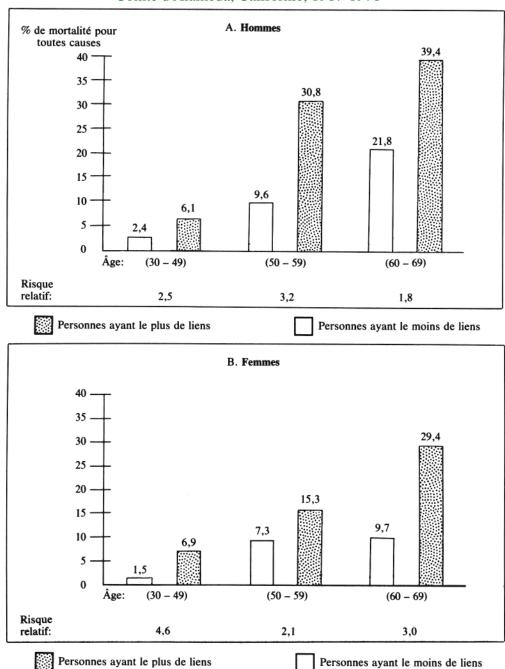
l'éclatement des liens sociaux, la perte ou la séparation d'êtres chers jouent un rôle non négligeable dans la dégradation de la santé humaine, il apparaît en revanche que la présence et le soutien d'autrui (conjoint, parents, famille, amis, collègues) semblent avoir des effets bénéfiques dans un grand nombre de circonstances. ¹⁸ Une recherche faite en Californie est venue confirmer sur le plan général ce qu'une multitude de recherches avaient constaté sur un plan plus spécifique. Comme le montre le Tableau 1, les personnes les plus isolées socialement ¹⁹ ont en effet un taux de mortalité, variant selon l'âge et le sexe, de 1,8 à 4,6 fois plus élevé que ceux qui bénéficient de nombreuses attaches. À une époque où le tissu social se désagrège (hausse des divorces, des familles monoparentales, du nombre de personnes seules, etc.), de tels résultats ne nous permettent pas d'envisager une amélioration dans le futur, à moins que le rétablissement de liens communautaires devienne un objectif des sociétés industrialisées.

Press, 1973; K.H. KELSINGS *et al.*, « Factors associated with mortality after widowhood », *American Journal of Public Health*, 71, 8, August 1981, pp. 802-809; K.J. HELSING and M. SZKLO, « Mortality after bereavement », *American Journal of Epidemiology*, 114, 1, 1981, pp. 41-59.

Voir, à ce propos, J. CASSEL, « The contribution of social environment to host resistance », American Journal of Epidemiology, 104, 1976; S. COBB, « Social support as a moderator of life stress », Psychosomatic Medicine, 38, 5, 1976, pp. 300-316; B. KAPLAN et al., « Social support and health », Medical Care, XV, 5, 1977, pp. 47-58.

L'indice d'isolement social était mesuré à partir de quatre types de relations sociales : 1) mariage ; 2) contacts avec la famille et les amis ; 3) appartenance à une église ; 4) autres appartenances sociales. Pour plus de détails, voir L. BERKMAN, Social Network, Host Resistance and Mortality : A Follow-up Study of Alameda County Residents. Ph.D. Dissertation, School of Public Health, Berkeley, 1977.

Tableau 1
Liens sociaux et mortalité,
Comté d'Alameda, Californie, 1967-1976 ²⁰



Tiré de L.F. BERKMAN and S.L. SYME, « Social network, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents », *American Journal of Epidemiology*, 109, 2, 1979, pp. 186-204.

L'organisation sociale n'est donc pas neutre. En nous enseignant ainsi que chaque système socio-culturel dessine en quelque sorte la configuration que va prendre la morbidité à un moment donné (voir Tableau 2), l'histoire nous rappelle que toute politique de santé publique digne de ce nom doit en tenir compte. Toutefois, cette présentation demeurerait incomplète si l'on en restait là. Car le social ne se contente pas de dessiner grossièrement les grands traits de la pathologie humaine, il donne également du relief à certains aspects du tableau.

L'INÉGALITÉ SOCIALE DEVANT LA MALADIE ET DEVANT LA MORT

Retour à la table des matières

En effet, la maladie et la mort ne frappent pas avec la même vigueur toutes les catégories socio-professionnelles d'une même société. C'est un phénomène qui est observé depuis qu'il existe des documents pour nous le rappeler. ²¹ Hippocrate, par exemple, en parle dans son traité. Lucrèce, le poète romain, s'en fait l'écho lorsqu'il écrit, parlant des mineurs de mercure : « Ne vois-tu pas, n'entends-tu pas combien trop vite ils meurent et combien trop courte est leur vie ? » ²² Toute-fois, on ne semble pas observer de mortalité sociale différentielle au cours du Moyen Âge, en particulier lors des épidémies de peste. La rapidité avec laquelle le fléau frappe, l'impuissance absolue de la médecine et l'absence de politiques sanitaires sont telles que peu de gens y échappent. Mais le manque de documents est peut-être la cause essentielle de la non-observation de ce phénomène. En effet, dès que

Voir, à ce sujet, A. ANTONOVSKY, « Social class, life expectancy and overall mortality », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, XLV, 2, 1967, pp. 31-73.

²² Cité par M. VALENTIN, *Travail des hommes et savants oubliés. Histoire de la médecine du travail, de la sécurité et de l'ergonomie,* Paris, Éditions Docis, 1978.

l'on a accès à de nombreuses données, c'est le cas à partir du XVIIe siècle, la mortalité sociale différentielle est observée régulièrement aussi bien en temps d'épidémie qu'en temps normal. Aux XVIIe et XVIIIe siècles, on meurt ainsi plus dans les paroisses rurales pauvres que dans les paroisses rurales riches, plus dans les quartiers misérables des cités que dans les quartiers aisés. Cette surmortalité des classes pauvres est attribuable principalement à la sous-alimentation chronique et à l'absence totale d'hygiène qui les affectent plus que toute autre catégorie sociale. ²³ Comme le rappelle un historien de cette période :

Pour comprendre la mortalité des classes populaires sous l'Ancien Régime, il ne faut jamais perdre de vue que, parmi elles, nombreux sont ceux qui vivent dans un état de sous-alimentation presque constant que vient aggraver de temps à autre famine ou disette : ce sont eux les éternelles victimes toutes désignées des grandes famines du XVIIe siècle ou des épidémies du siècle suivant. La différence fondamentale entre les pauvres et les « aisés », comme l'on disait au XVIIIe siècle, réside dans le fait que ceux-ci, en tout temps, mangent davantage et mieux que ceux-là. ²⁴

Voir, à ce sujet, J.P. PETER, op. cit.; J.P. GOUBERT, op. cit.; F. LEBRUN, op. cit.; J. DUPÂQUIER, op. cit.

²⁴ Tiré de F. LEBRUN, *op. cit.*, *p. 190*.

Tableau 2

Principales causes de morbidité, selon le type de société

Type de société

Société paléolithique

Principales caractéristiques sociales : faible densité, économie de cueillette, de chasse et de pêche, population nomade

Société agricole néolithique

Principales caractéristiques sociales : densité plus forte, économie agricole, échanges commerciaux, population sédentaire, absence d'hygiène publique et privée, sous-alimentation souvent chronique

Société industrielle

Phase de décollage de la société industrielle : conditions similaires ou pires que celles des siècles précédents

Société industrielle avancée

Après la Deuxième Guerre mondiale économie très diversifiée et très développée, éclatement social, suralimentation, rythme des changements, pollution de l'environnement

Principales causes de morbidité et de mortalité

- Traumatismes (accidents, chutes, combats)
- Osthéarthrose chronique (rhumatisme)
- Maladies de carence (rachitisme, scorbut, caries)
- Maladies infectieuses :
- 1) transmissions inter-humaines sans possibilité de survivance en dehors d'importantes concentrations humaines (poliomyélite, rougeole, rubéole, variole, etc.)
- 2) transmission de l'animal à l'homme, en particulier par les rongeurs (peste méloïcliose, tularémie)
- 3) les maladies diarrhéiques en raison d'un besoin d'eau de plus en plus grand
- Maladies de carence
- Maladies infectieuses : recrudescence de la tuberculose et apparition du choléra
- Maladies cardio-vasculaires, ulcères
- Cancer
- Maladies mentales : schizophrénie (note)
- Accidents

Mais l'absence d'enquêtes nationales ne nous permet pas d'avoir un tableau de l'ensemble de la situation. Ce n'est qu'au XIXe siècle que l'on commence à mesurer vraiment l'écart qui existe en matière d'espérance de vie entre les classes les plus riches et les classes les plus pauvres. L'écart semble se creuser dans la première moitié du siècle pour se réduire quelque peu à la fin du siècle. Par exemple, en 1840 dans la ville anglaise de Liverpool, la durée moyenne de vie est évaluée à 35 ans pour les classes supérieures (gens d'affaires, artisans aisés), alors qu'elle n'est que de 22 ans pour les ouvriers et de 15 ans seulement chez les journaliers et les domestiques. Outre les conditions de travail, la mortalité infantile est la principale cause de la faible longévité : 57% des enfants d'ouvriers meurent avant d'atteindre l'âge de 5 ans alors que le taux des classes moyennes atteint 20% ²⁵. Les épidémies sont particulièrement meurtrières parmi les quartiers pauvres des villes. Ce phénomène n'est pas unique à l'Angleterre, on le retrouve dans tous les pays industrialisés à la même époque ²⁶. À la fin du XIXe siècle, on constate, en dépit d'une légère amélioration, que l'espérance de vie des classes riches est encore le double de celle des classes les plus pauvres, au sein de la plupart des sociétés occidentales. 27 À Montréal, comme le montre le Tableau 3, le taux de mortalité varie selon l'origine ethnique. Les Canadiens français, généralement plus pauvres, ont jusqu'à la fin du siècle un taux de mortalité deux fois plus élevé que les Anglais.

²⁵ Tiré de F. ENGELS, *op. cit.*

²⁶ M. I. MILLEDMÉ ... E.H.

²⁶ Voir L. VILLERMÉ, op. cit.; E.H. ACKERNECHT, op. cit.

²⁷ Consulter M. HUBERT, « Mortalité suivant la profession », *Bulletin de la S.G.F.*, juillet 1912, pp. 402-439; P. PELLOUTIER et M. PELLOUTIER, *La vie ouvrière en France*, Paris, F. Maspero, 1975; T. COPP, *Classe ouvrière et pauvreté, les conditions de vie des travailleurs montréalais* 1897-1929, Montréal, Boréal Express, 1978.

Tableau 3

Taux de mortalité par 1 000 de population selon l'origine ethnique à Montréal 1876-1896 ²⁸

	Taux de mortalité totale			Taux de mortalité infantile (moins de cinq ans)		
Année	Canadiens français	Irlandais	Anglais	Cana- diens français	Irlandais	Anglais
1877	44,26	27,45	25,95	70,3	42,6	34,7
1881	31,57	24,63	19,59	63,5		
1887	32,79	25,50	18,63	65,4	42,2	47,8
1892	29,42	19,10	17,21	64,8	41,2	43,9
1896	26,06	20,10	13,29	51,1	37,3	53,3
Moyen ne de la période	34,56	23,50	17,60	60,4	39,4	40,9

Tableau 4Disparités sociales de mortalité parmi les hommes de 25 à 64 ans, selon la catégorie socio-professionnelle, Canada, 1974 ²⁹

Catégorie socio-professionnelle	Mortalité relative	% de la main- d'oeuvre
I. Professionnels, cadres supérieurs	75	17,7
II. Techniciens, cadres moyens chefs de service	82	22,6
III. Employés spécialisés dans l'administration et le commerce, ouvriers spécialisés des grands syndicats et leurs contremaîtres	92	21,6
IV. Ouvriers semi-spécialisés et leurs contremaîtres ; employés semi-spécialisés dans l'administration et le commerce	115	23,3
V. Ouvriers non spécialisés, cultivateurs et journaliers Toutes les catégories	145 100	14,8 100,0

²⁸ Tiré de Jacques BERNIER, « La condition des travailleurs », dans : *Les travailleurs québécois* 1851-1896, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1973, p. 51.

²⁹ Tiré de Russell WILKINS, op. *cit.*, *p*. 35.

Si la situation continue de s'améliorer au XXe siècle, notamment en raison du déclin considérable de la mortalité infantile et juvénile, des écarts importants subsistent encore dans tous les pays industrialisés qui possèdent de telles statistiques ³⁰. Comme le montre, à titre d'illustration pour le Canada, le Tableau 4, ce sont les manoeuvres, les salariés agricoles et les ouvriers non qualifiés, autrement dit les travailleurs manuels, qui ont les taux de mortalité les plus élevés.

Toutefois, ces chiffres peuvent masquer des différences encore plus grandes comme certaines études plus spécifiques semblent l'indiquer. En effet, lorsqu'on tient compte du métier, ou du poste de travail, on observe des écarts encore plus prononcés. Alors que le taux de mortalité national américain est de 18/100 000, il est de 67/100 000 pour les travailleurs agricoles, de 100/100 000 pour les mineurs et de 72/100 000 pour les ouvriers de la construction. Les travailleurs agricoles quant à eux sont dans une situation plus grave encore - l'écart en matière d'espérance de vie avec celle de l'Américain moyen atteint 20 ans. ³¹ On retrouve au Canada à peu près les mêmes différences. L'écart entre l'espérance de vie des Amérindiens et des Inuit par rapport à l'espérance de vie moyenne au Canada atteint 22 ans. ³² Au sein de la population active, certains métiers comme ceux du bois, de la

Voir E.M. KITAGAWA and H.H. HAUSER, Differential Mortality in the U.S.A., Cambridge, Harvard University Press, 1973; G. DESPLANQUES, La mortalité des adultes selon le milieu social, Paris, INSEE, Collection D, no 44, 1976; D. SURAULT, L'inégalité devant la mort, Paris, Economica, 1979; J. MORRIS, « Social inequalities undiminished », The Lancet, January 13, 1979, pp. 87-90; R. WILKINS, L'état de santé au Canada: 1926-1976, Montréal, Institut de recherches politiques, mai 1980; A. BILLETTE, « Les inégalités sociales de mortalité au Québec », Recherches sociographiques, XVIII, 3, 1977, pp. 415-430.

Voir, à ce sujet, N. ASHFORD, *Crisis at the Work Place : Occupational Disease and Injury*, Cambridge, M.I.T. Press, 1976; D. BERMAN, *Death and the Occupational Health and Safety Struggles in the U.S.A.*, New York, Monthly Review Press, 1978; S. DAUM et J. STELLMAN, *Perdre sa vie à la gagner*, Montréal, Éditions Parti Pris, 1976.

Voir Russell WILKINS, op. cit., p. 21.

métallurgie, des mines et de la construction sont également les plus touchés. 33

À en croire certaines recherches ³⁴, cet écart serait d'ailleurs demeuré le même depuis la fin du siècle dernier. Contrairement à ce que l'on pensait lors des grandes réformes de la santé de l'après-guerre, la mise en place d'un système de santé universel et gratuit n'aurait donc eu vraisemblablement aucun effet sur la mortalité sociale différentielle (voir Tableau 5).

Les causes du maintien d'un tel écart semblent résider ailleurs, en particulier, comme nous l'avons vu, dans les inégalités d'usure au travail, de revenu et d'instruction.

À la lumière des faits que nous venons d'exposer, il ne fait plus aucun doute que la maladie n'est pas un phénomène uniquement biologique ou psychologique, mais que c'est également un phénomène social, une production de la société. Aussi, à une époque où les sociétés occidentales semblent être tentées d'individualiser à outrance la maladie ³⁵, cette réaffirmation du rôle que peut jouer le social dans la genèse des maladies ne doit pas être un luxe mais une nécessité pour tous ceux qui veulent s'assurer à l'avenir d'une véritable égalité des chances devant la santé.

³⁴ Voir J. Rogers HOLLINGSWORTH, « Inequality of levels of health in England and Wales 1891-1971 », *Journal of Health and Social Behavior*, 22, septembre 1981.

Voir *Livre blanc sur la santé et la sécurité au travail*. Gouvernement du Québec, 1978; Conseil économique du Canada, *Occupational Health and Safety Issues and Alternatives*, Collection des rapports techniques, no 6, mars 1981.

La montée des nouvelles thérapies axées sur le corps, la prédominance de l'idéologie de la responsabilité individuelle dans le champ de la santé et la résurgence du courant héréditariste en sont trois illustrations.

Tableau 5
Taux de mortalité en Angleterre et au Pays de Galles suivant la classe sociale : 1890-1971 ³⁶

Classe sociale

Années	I	II	III	IV	\mathbf{V}
1890-1892	83	-	-	-	125
1900-1902	89	-	-	-	154
1910-1912	88	94	96	93	142
1921-1923	82	94	95	101	125
1930-1932	90	94	97	102	111
1951	103	108	117	119	136
1961	77	85	105	118	134
1970-1972	78	81	104	113	123

Fin du texte

³⁶ Tiré de R. HOLLINGSWORTH, op. cit., p. 279.