

Zeitschrift: Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte = Société Suisse d'Histoire Economique et Sociale
Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte
Band: 24 (2010)

Artikel: Différentiels sociaux de mortalité à Genève : un parcours à travers quatre siècles (1625-2004)
Autor: Schumacher, Reto / Oris, Michel
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-871850>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 15.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Reto Schumacher, Michel Oris

Différentiels sociaux de mortalité à Genève

Un parcours à travers quatre siècles (1625–2004)

Dans cette brève contribution, nous allons voyager à travers quatre siècles dans un environnement urbain, celui de Genève. République urbaine, la cité devint la «Rome calviniste» au XVI^e siècle. Calvin lui-même institua l'enregistrement civil des naissances, décès et mariages. Les imposants registres qui en résultèrent, remarquables par leur continuité et complétude, furent les sources principales utilisées par Alfred Perrenoud, qui fut dès les années 1970 un des pionniers de l'étude des dynamiques démographiques urbaines à l'époque moderne et des différentiels socioéconomiques en leur sein. Il réussit à mettre en œuvre la méthode qui a donné une deuxième vie à la démographie historique, celle de la reconstitution des familles que son inventeur, le Français Louis Henry, testa justement, en 1956, sur les généalogies des bourgeois de Genève. La documentation démographique fut pour l'essentiel maintenue et même enrichie durant et après l'occupation française de la fin du XVIII^e et du début du XIX^e siècle, quand fut mis en place un nouveau système d'état civil complété par des recensements locaux, cantonaux, puis fédéraux à partir de 1850. Une thèse récente a creusé en profondeur ce matériau pour étudier la transition reproductive à Genève entre 1800 et 1900.¹ Deux épidémiologues, Etienne Gubéran et Massimo Usel ont pour leur part réalisé un suivi d'un peu plus de 5000 Genevois sur la tranche d'âge 45–64 ans et sur la période 1970–1972 à 1990–1992.² Finalement, les équipes du Centre interfacultaire de gérontologie et du Laboratoire de démographie et d'études familiales de l'Université de Genève mènent un projet du Fonds national suisse de la recherche scientifique portant sur l'étude des différentiels de mortalité dans la Suisse contemporaine, plus précisément sur la période 1991–2004. Cette recherche est fondée sur le couplage entre les certificats de décès et les recensements de la population effectués en 1990 et 2000.³ Nous avons extrait les données sur Genève pour les besoins de cet article.

Comme l'on peut aisément l'imaginer, notre ambition initiale était d'exploiter une configuration documentaire qui est tout simplement unique au monde. Elle permet d'analyser l'évolution temporelle des différentiels sociaux de mortalité à travers pas

moins de quatre siècles. Bien sûr, il faut accepter qu'en l'état actuel, il nous manque une période essentielle de l'envolée de l'espérance de vie, entre 1900 et 1970. Ensuite, la comparaison diachronique permet certes de repérer des changements, mais pas toujours de dégager la part d'explication attribuable: 1) aux transformations des taux de mortalité selon l'âge et le sexe; 2) aux véritables changements dans les différentiels sociaux de mortalité, qui eux-mêmes renverraient à de nouvelles configurations sociales d'exposition aux risques et de protection contre ces derniers; ou encore 3) aux évolutions des structures sociales, comme l'illustre la transition fondamentale entre pauvreté de masse et relative abondance de masse dans le monde occidental. Beaucoup reste donc à faire pour progresser dans la compréhension des processus historiques qui furent à l'œuvre. Ce papier n'en fixe pas moins les objectifs en proposant une première exploration des données. Il permet aussi de tester empiriquement les visions contradictoires de l'évolution sur le long terme des inégalités face à la mort.

La perspective classique considère que les différentiels de survie entre groupes sociaux ont profondément varié au cours des siècles. Ils étaient supposés faibles, voire inexistants, parmi les populations dites «préjenneriennes», c'est-à-dire avant la découverte du premier vaccin par Jenner en 1798. Avec l'industrialisation et l'urbanisation, le XIX^e siècle aurait été le temps du creusement des injustices. Puis, progressivement, la montée des assurances sociales et la prise en charge des soins de santé par l'Etat-providence assurant l'accès à une médecine en plein progrès auraient permis de revenir vers plus d'égalité.⁴ Cette première synthèse a fait l'objet de nombreuses critiques. D'abord, dans l'établissement de ces tendances, nous souffrons fréquemment du mélange entre les perceptions des contemporains et les résultats d'analyses empiriques trop rares conduites par les historiens.⁵ Ensuite, lors des grandes transformations se créent des confusions puisqu'un nouveau groupe social comme le prolétariat industriel du XIX^e siècle s'est concentré dans ces espaces neufs aux conditions hygiéniques lamentables que furent les villes et les bassins industriels, ce qui accroît la difficulté évoquée plus haut à isoler les causes, en l'occurrence ici à distinguer l'effet de place (ou lieu) de l'effet de classe (sociale).⁶ Enfin, depuis les années 1960, de nombreuses études démographiques ont démontré que même si l'espérance de vie continue à engranger de beaux progrès, les aisés en profitaient davantage et dès lors les différentiels se creusaient.⁷ C'est ce constat choquant – car il met en doute l'efficacité de l'Etat-providence – qui a suscité un vif regain d'intérêt pour la thématique.

Dans le flux d'idées qui a émergé, une théorie a reçu un large écho depuis le milieu des années 1990: celle des «causes sociales fondamentales». Proposée par Link et Phellan en 1995 et affinée récemment, elle assume qu'il existe un lien enduring, stable à travers les siècles, entre position sociale et capacité à survivre.⁸ De manière un peu ambiguë, leur approche insiste sur un seul groupe social, celui des élites.

Leurs ressources, en termes économiques, mais aussi de capitaux humains et sociaux (savoirs, réseaux, prestige, assurance, etc.) leur donnent une aptitude supérieure à faire face aux risques, une rationalité instrumentale qui leur octroie une meilleure capacité à anticiper et, si nécessaire, à soigner. Cette aptitude, en outre, est flexible puisqu'elle survivrait aux transitions fondamentales d'une basse à une haute espérance de vie, d'un régime épidémiologique marqué au premier chef par les affections contagieuses au modèle actuel où les pathologies comportementales et dégénératives dominent le paysage pathologique. Le test d'une telle hypothèse est cependant délicat, faute de données de temps long. C'est précisément ce qu'offre Genève.

De fortes inégalités sociales devant la mort durant l'Ancien Régime

Dans son étude pionnière des différentiels sociaux de mortalité dans la Genève du XVII^e siècle, Perrenoud a d'emblée détruit la vision commune qui prédominait parmi les historiens à l'époque.⁹ Cette historiographie posait que, dans des populations historiques n'ayant que des possibilités limitées de thérapie médicale, les écarts de mortalité étaient principalement attribuables à des facteurs environnementaux comme le climat et les poussées épidémiques. Plus précisément, l'idée étant que riches et pauvres buaient la même eau, la mortalité semblait avant tout construite spatialement plutôt que socialement. Fondés sur une vaste entreprise de reconstitution des familles, les résultats de Perrenoud ont au contraire démontré l'existence de différentiels étonnamment élevés entre le bas et le haut de l'échelle sociale. Sa classification distingue ce que nous pouvons appeler les élites, incluant les marchands et la plupart des professions libérales, des classes moyennes (qui comprennent les artisans et autres travailleurs qualifiés) et des basses couches de la population, englobant les manœuvres, journaliers et autres individus sans qualification.

Le Tableau 1 montre que, pour les deux sexes, l'espérance de vie à la naissance (e_0) des membres des classes aisées était presque le double de celle observée dans la catégorie sociale la plus défavorisée. Cette dernière présente des valeurs simplement terribles! Les démographes, en effet, savent qu'une population humaine disparaît si la durée moyenne de vie des générations descend en-dessous de 20 ans, car elle n'a tout simplement plus le temps de se reproduire. Les données genevoises illustrent la théorie des «cimetières urbains» qui fut proposée par Allan Sharlin en 1978.¹⁰ Selon cet auteur, durant l'Ancien Régime, les classes populaires urbaines avaient une balance naturelle des naissances et des décès qui était négative. La stabilité ou la croissance urbaine ne s'expliquait que grâce aux migrations en provenance des régions rurales présentant des excédents de population. C'est ainsi qu'au XVII^e siècle, deux tiers du solde positif des baptêmes et des sépultures dans les campagnes anglaises auraient disparu dans Londres.¹¹ En revenant au système homéostatique

Tableau 1: *Espérances de vie selon l'âge, le sexe et la classe sociale. Descendants des couples mariés à Genève 1625–1684*

espérance* / classes	hommes			femmes		
	élites	moyennes	basses	élites	moyennes	basses
e ₀	36,9	25,5	18,9	38,0	26,7	20,3
e ₁	44,5	35,0	26,5	44,2	33,3	27,9
e ₂₀	39,2	34,3	30,4	38,3	32,9	31,3
e ₅₀	19,3	16,0	14,5	19,2	16,4	15,7

* e₀, e₁, e₂₀ et e₅₀ représentent l'espérance de vie à la naissance et aux âges de 1, 20 et 50 ans respectivement.

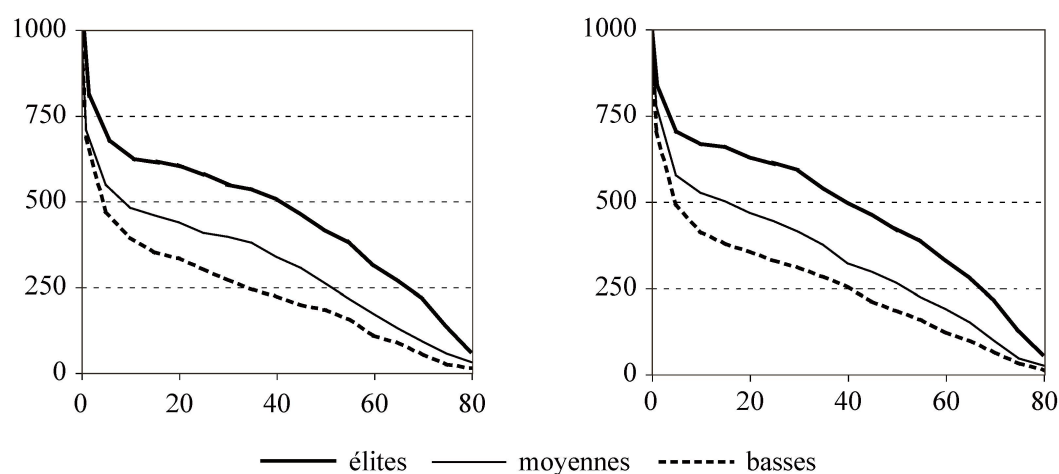
Source: Perrenoud (voir note 9), p. 236.

démographique et social de Genève, les classes moyennes y étaient favorisées comparativement aux basses couches, mais pas tant que cela, alors que le fossé avec les élites était extrêmement large.

Un examen plus précis du Tableau 1 indique que, bien que l'espérance de vie des aisés ait été la plus élevée à tout âge, l'écart était le plus prononcé aux jeunes âges. La plus grande part du différentiel social de mortalité s'expliquait donc par les variations de la mortalité infantile (à moins d'1 an) et enfantine (entre 1 et moins de 5 ans) entre groupes sociaux. C'est, il est vrai, à cette période de la vie que les risques de décéder étaient les plus élevés, excédant dans l'ensemble 250‰ durant la première année de vie, comme entre le premier et le cinquième anniversaire.

Parmi les enfants nés dans les familles de l'élite genevoise, le taux de mortalité infantile était de 160‰ pour les filles, 190‰ pour les garçons, alors que, parmi les basses classes, le taux se montait à 300‰ pour les deux sexes! Quant à la mortalité enfantine (de 1 à 4 ans), tant les valeurs des risques que leurs différentiels sociaux étaient proches de ceux observés dans la première enfance. Dans le groupe d'âge des 5–9 ans, la mortalité des enfants des familles situées au bas de l'échelle sociale a même été observée à un niveau trois fois plus élevé que parmi les élites.¹² Dès lors, la moitié ou plus des enfants nés dans les familles des classes moyennes et basses mourraient avant 10 ans, alors qu'au sein des élites la moitié d'une génération atteignait l'âge de 40 ans, comme l'illustrent les courbes de survie reproduites sur la Figure 1.¹³ Perrenoud a expliqué ces différences dans les mortalités infantile et enfantine par des variations socialement déterminées dans l'incidence de la variole. A travers le XVII^e siècle, cette «maladie sociale par excellence»¹⁴ a causé plus de décès que la peste. Ces attaques se produisaient à un rythme irrégulier et étaient souvent dévastatrices. Certaines années, le taux de mortalité enfantine a pu excéder 500‰.

Figure 1: *Courbes de survie par classes sociales parmi les descendants des couples mariés à Genève 1625–1684*



Source: Perrenoud (voir note 9), p. 235.

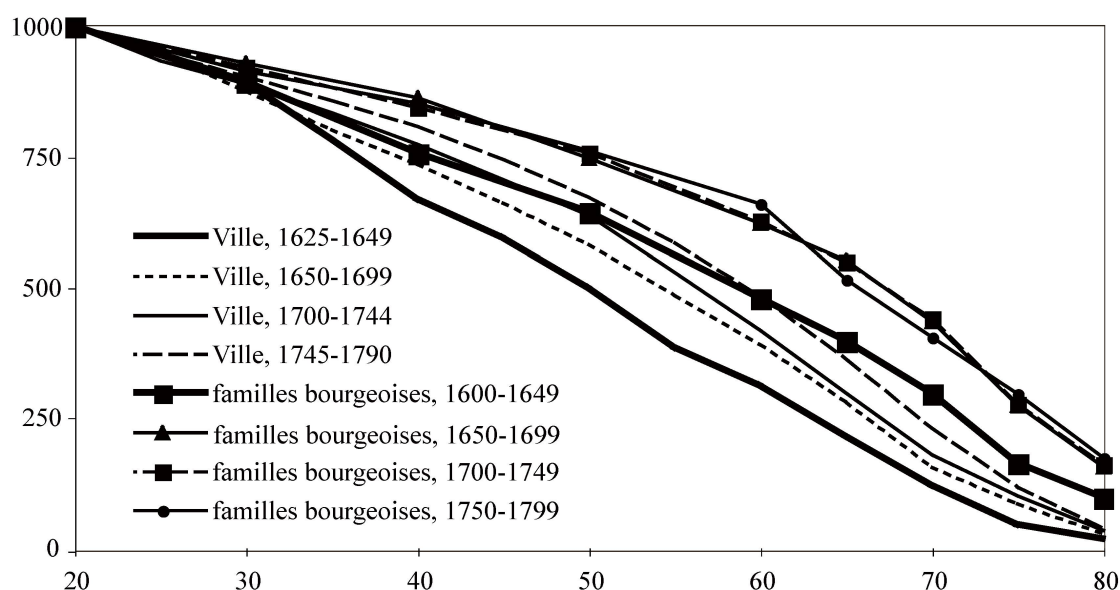
Tableau 2: *Evolution de l'espérance de vie à la naissance par statut social. Descendants des couples mariés à Genève 1625–1772*

cohorte de mariage des parents	élites		classes moyennes		classes basses	
	e_0	Δe_0 (%)	e_0	Δe_0 (%)	e_0	Δe_0 (%)
1625–1644	36,8	–	25,3	–	19,1	–
1650–1684	36,8	0	26,0	2,8	20,5	7,3
1687–1704	39,9	8,4	30,3	19,8	27,8	45,5
1725–1772	44,8	21,7	35,1	38,7	32,5	70,2

Source: Perrenoud, Alfred, «Les comportements démographiques», in: Piuz, Anne-Marie; Mottu-Weber, Liliane (éds.), *L'économie genevoise de la Réforme à la fin de l'Ancien Régime*, Genève 1990, pp. 83–130, 123.

Comme le montre le Tableau 2, les différentiels sociaux de mortalité à Genève se sont réduits au cours du XVIII^e siècle. Parmi les individus nés après 1725, la différence d'espérance de vie à la naissance entre les élites d'un côté, les classes moyennes et basses de l'autre, restait considérable, mais moindre comparée aux écarts observés parmi les générations du XVII^e siècle. Cette décrue de l'inégalité correspond à une réduction de la mortalité qui ne s'est pas distribuée de manière homogène au sein de la structure sociale genevoise. Parmi les élites, l'espérance de vie à la naissance

Figure 2: *Courbes de survie pour les survivants à 20 ans. Descendants des couples mariés à Genève 1625–1790 (par cohortes de mariage des parents) et membres des familles bourgeoises (par cohortes de naissances)*



Sources: Perrenoud (voir note 18), pp. 219–220; Henry (voir note 19), p. 148.

a progressé de 22% entre 1625 et 1772, alors qu’au sein des couches moyennes et populaires les gains ont atteint respectivement 39 et 70%.

Pour expliquer ce genre d’évolution, Sheila Ryan Johansson a proposé de recourir à un modèle épidémiologique simple utilisant les environnements de vie (rural isolé, rural intégré, urbain) comme proxy de l’exposition aux risques épidémiologiques divers (contagion, hygiène, etc.) croisé avec les statuts sociaux qui rendent compte de la capacité à résister aux risques (grâce à une alimentation de qualité supérieure, de meilleures conditions de logement, etc.).¹⁵ Des variations culturelles (religieuses) peuvent affecter cette balance entre exposition et résistance, mais pas dans le milieu très homogène de la «Rome calviniste» avant le XIX^e siècle. Les guerres de Religion terminées, Genève reste au XVIII^e siècle enserrée en ses murs à la Vauban avec de hauts niveaux de densité à l’intérieur, de telle sorte que l’on ne peut guère imaginer une amélioration de l’environnement épidémiologique.¹⁶ La stabilisation religieuse et politique est cependant associée à une croissance économique fondée sur le textile et la production horlogère, le premier employant des membres des couches populaires, la seconde contribuant à l’élévation du statut de nombreux travailleurs manuels à une position sociale moyenne.¹⁷ Manifestement, les enfants des petites gens sont ceux qui ont le plus bénéficié de ces changements.

Malheureusement, au-delà des données synthétiques du Tableau 2, nous n'avons pas d'information détaillée disponible sur la mortalité par âge et par classe sociale à Genève pour le XVIII^e siècle. La comparaison des courbes de survie de la population entière¹⁸ avec celles calculées par Henry en 1956¹⁹ pour les familles bourgeoises soutient cependant l'interprétation selon laquelle la réduction des différentiels sociaux de mortalité a bien été associée au recul différencié de la mortalité des enfants. La Figure 2 représente le nombre de survivants par âge pour tous ceux qui avaient atteint leur 20^e anniversaire, et ce pour quatre générations de Genevois toutes classes sociales confondues, ainsi que pour quatre générations issues des familles dirigeantes. Ce graphique démontre qu'en tout temps la mortalité adulte fut plus basse parmi l'élite. Toutefois, la différence entre les familles de bourgeois d'une part, la population totale d'autre part, est restée relativement stable. Dès lors, la raison du resserrement des écarts sociaux de survie doit bien résider dans la mortalité des plus jeunes. L'évolution de cette dernière trouve son origine dans les mutations du paysage épidémiologique. L'atténuation des crises de mortalité s'observe à partir de la fin du XVII^e siècle. Au cours du XVIII^e siècle, les épidémies de variole ont changé de séquence, se produisant de manière récurrente tous les cinq à six ans. Le taux de mortalité infantile grimpait alors à 250, voire 300%.²⁰ Les familles de l'élite genevoise tinrent un rôle pionnier en étant les premières à inoculer leurs enfants à partir de 1784,²¹ mais sans que cela leur permette de creuser de nouveau leur avantage en matière de longévité par rapport aux autres groupes sociaux. Sans doute la mortalité des plus jeunes parmi les familles favorisées était-elle déjà assez basse pour n'avoir plus guère de potentiel de réduction avant l'arrivée du vaccin antivariolique mis au point par le Britannique Jenner en 1798.

La mortalité de l'élite s'oppose à celle du reste de la population au XIX^e siècle

Dans la Genève du XIX^e siècle, peu de données sont disponibles sur les différentiels sociaux de mortalité.²² Il est cependant possible, une fois encore, de comparer les espérances de vie à la naissance dans les familles bourgeoises, telles que publiées par Henry avec celles de la population entière, établies à partir de tables transversales.²³ La confrontation n'est pas parfaite car les générations distinguées par Louis Henry correspondent à des périodes assez vastes (un demi-siècle), alors que les indicateurs transversaux de mortalité s'appliquent à une cohorte fictive soumise à la distribution des risques selon l'âge observée à un moment spécifique (en l'occurrence l'année d'un recensement) (Tableau 3).

Malgré les limites qu'impose à l'exercice la conception différente des deux types d'indicateurs comparés, il semble évident qu'à travers le XIX^e siècle les membres des familles de la vieille élite bourgeoise ont conservé leurs avantages en termes de

Tableau 3: *Espérance de vie à la naissance. Ville de Genève (par périodes) et membres des familles bourgeoises (par générations)*

ville de Genève*			familles bourgeoises		
données transversales			données longitudinales		
année	hommes	femmes	générations	hommes	femmes
1802	29,3	33,4	1750–1799	46,6	48,1
1816	38,2	39,8	1800–1849	52,0	52,6
1843	40,6	43,8	1850–1899	59,0	62,7
1860	43,4	45,3			
1870	37,1	42,4			
1880/81**	38,7	43,3			
1888	48,2	51,0			
1900	44,4	48,1			

* Les quotients de mortalité par groupes d'âge ont été calculés en utilisant l'estimateur de Greville (cf. Preston, Samuel *et al.*, *Demography. Measuring and Modelling Population Processes*, Oxford 2001, pp.43–44).

** Agglomération de Genève.

Sources: Schumacher (voir note 1), p. 193; Henry (voir note 19), p. 156.

longévité. Au sein de ce groupe, les femmes nées entre 1750 et 1799 (dont la vie s'est étendue approximativement entre 1750 et 1870) ont eu une espérance de vie moyenne de 48 ans, une valeur que la population de Genève dans son ensemble n'a pas égalée avant la fin du XIX^e siècle. Il en a été de même côté masculin. Là, l'espérance de vie des premières générations (nées dans la seconde moitié du XVIII^e siècle) n'a pas été observée à l'échelle de l'ensemble des hommes résidant à Genève avant le début du XX^e siècle.²⁴

Les Figures 3a et 3b comparent les courbes de survie des survivants à 20 ans parmi les membres des familles bourgeoises avec les courbes dérivées des tables du moment calculées autour de quatre années de recensement entre 1816 et 1900. Elles montrent qu'en particulier parmi les femmes, les différences sociales dans la mortalité des adultes ont été faibles tout au long du XIX^e siècle. Du côté masculin, les écarts semblent avoir été plus prononcés. Cependant, comparés aux différentiels observés dans l'enfance, ceux de la maturité sont définitivement moins importants. Ce point a été établi par l'étude des mortalités infantile et enfantine réalisée par Reto Schumacher.²⁵ A partir d'une large reconstitution des familles, il a utilisé une classification sociale fondée sur le modèle HISCLASS²⁶ dans laquelle il distingue les élites (elite) (incluant les fonctions dirigeantes et les professions libérales supérieures), les petits marchands et cols blancs (pm/cb) (y compris les professions libérales inférieures, les

Figure 3a: *Courbes de survie pour les survivants à 20 ans. Ville de Genève (par périodes) et membres des familles bourgeoises (par générations), sexe masculin*

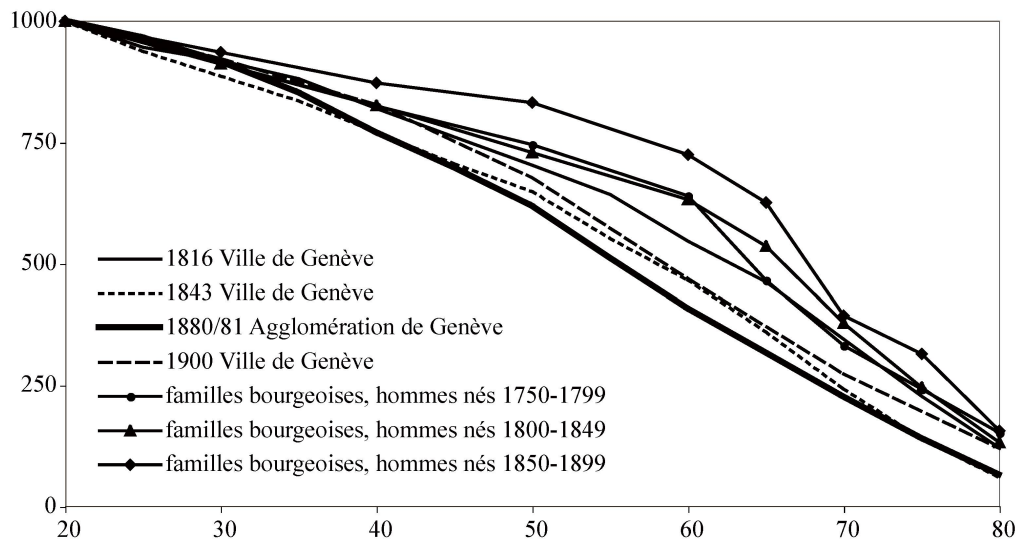
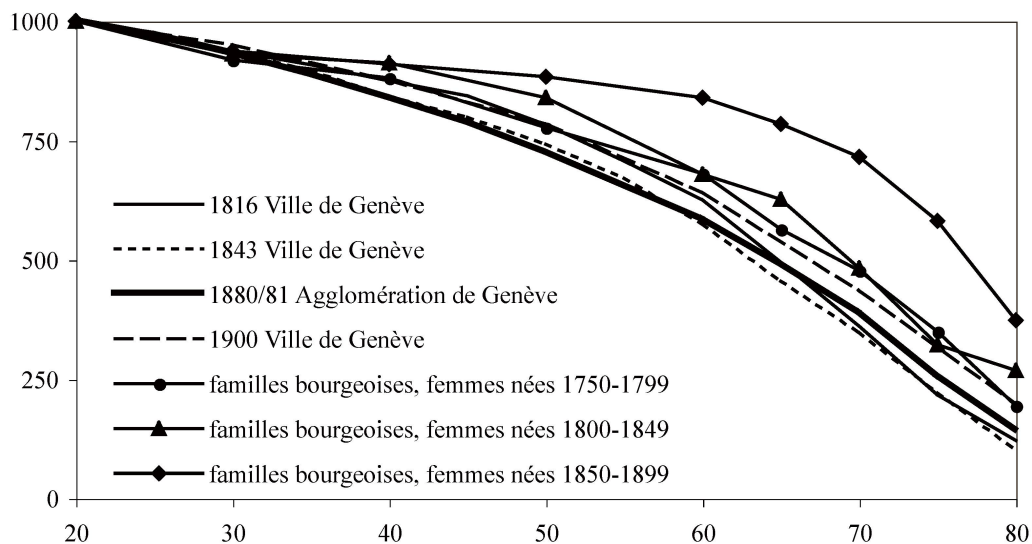


Figure 3b: *Courbes de survie pour les survivants à 20 ans. Ville de Genève (par périodes) et membres des familles bourgeoises (par générations), sexe féminin*



Sources: Schumacher (voir note 1), pp. 375–382; Henry (voir note 19), p. 148.

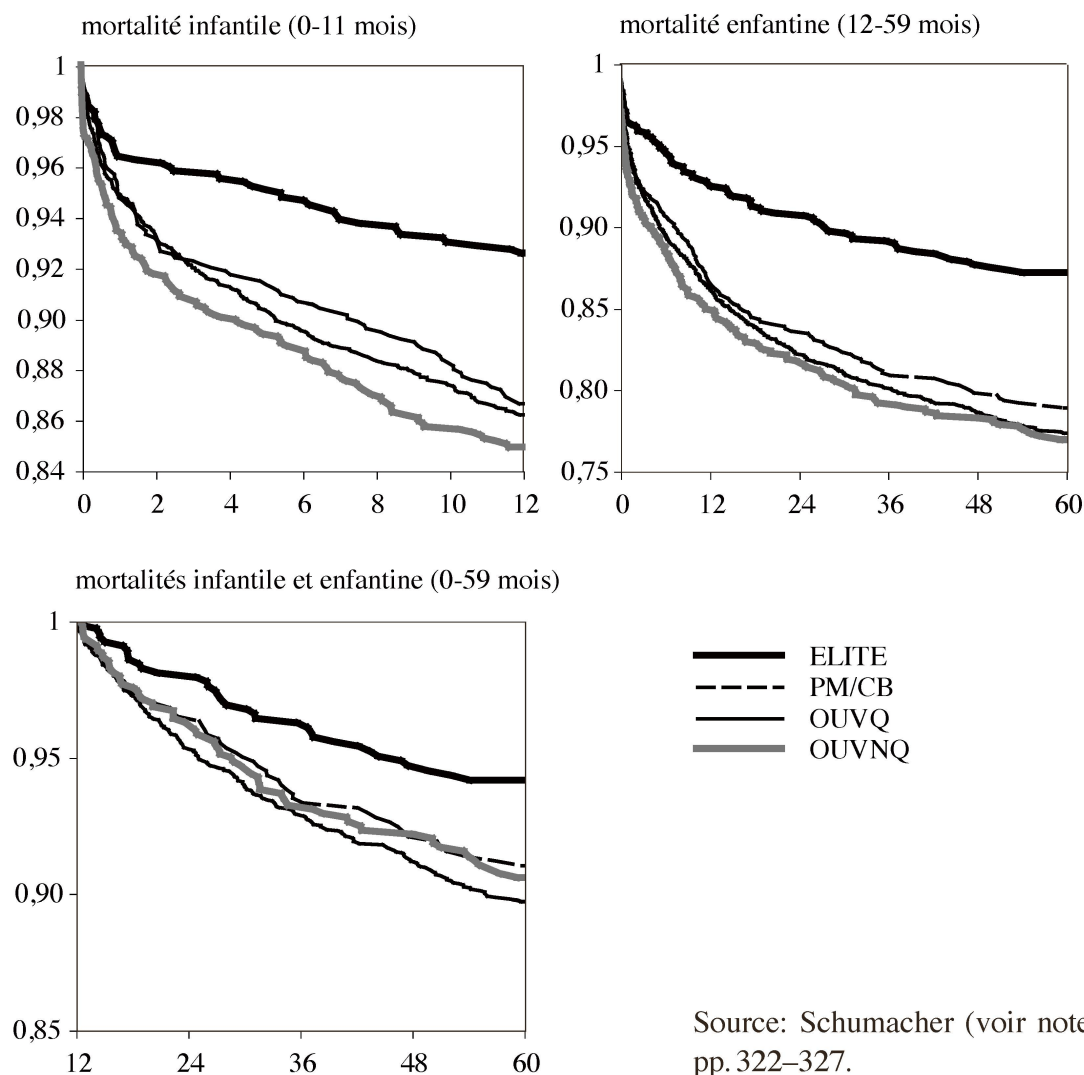
employés, le personnel de vente), les artisans et travailleurs semi-qualifiés (ouvq), ainsi que les travailleurs peu ou pas qualifiés (ouvnp).

La Figure 4 représente les courbes de survie durant la première enfance (de 0 à 11 mois) et la seconde (de 12 à 59 mois),²⁷ ainsi que celles pour les deux réunies (de 0 à 59 mois), et ce pour les enfants nés de couples mariés à Genève entre 1800 et 1880. Ce graphique illustre la persistance de différentiels sociaux prononcés, dans un contexte où pourtant, globalement, les taux de mortalité infantile et enfantine étaient déjà descendus à des niveaux fort modérés. Parmi les enfants de l'élite, 93% survivaient à leur première année de vie, comparés aux 85% parmi ceux issus de parents ouvriers peu ou pas qualifiés. Résultat de l'effet cumulé des écarts de survie dans la première puis dans la deuxième enfance, la mortalité des cinq premières années de l'existence dans la Genève du XIX^e siècle était presque deux fois plus élevée dans les familles des classes moyennes et populaires que parmi l'élite. Des modèles multivariés d'analyse de survie ont confirmé que ce fossé social subsistait bien, même après qu'eurent été contrôlés les facteurs biométriques (comme le rang de naissance de l'enfant, l'âge de la mère, la durée de l'intervalle intergénéral précédent, etc.), le sexe, la saison de naissance, l'époque, l'origine des parents et même les effets familiaux non observés (ce que l'on appelle la «fragilité partagée»).²⁸

Deux points, cependant, sont remarquables et doivent être soulignés. Le premier est que le différentiel social de mortalité oppose clairement une petite sous-population rassemblant l'élite, alors que les masses, c'est-à-dire tout le reste de la population, sont étonnamment homogènes. La distinction qui s'observait aux XVII^e et XVIII^e siècles entre les classes moyennes et basses a pour l'essentiel disparu.

Un second résultat surprenant est que les variations sociales de la survie des enfants étaient plus marquées dans la mortalité infantile que dans celle de la deuxième enfance (entre 12 et 59 mois de vie). C'est l'opposé de ce qu'il est usuel d'observer puisque classiquement les facteurs biologiques qui affectent la survie sont vus comme dominants au début de l'existence, avant qu'ils ne cèdent la place aux dimensions socioéconomiques après le sevrage. Une contribution au *Projet eurasién pour l'étude comparée de la population et de la famille* a confirmé ce modèle causal, quoiqu'en le nuancant.²⁹ Mais, dans la Genève du XIX^e siècle, ce sont les différentiels sociaux de la mortalité infantile qui sont les plus marqués. Des pratiques différentes en matière de durée d'allaitement, fonction de l'engagement des femmes des couches populaires dans la force de travail, mais aussi de l'effet plus prononcé de la propagande médicale en faveur du lait maternel sur les mères appartenant aux classes aisées, pourraient être en cause. Par ailleurs, comme dans toute l'Europe à cette époque, les médecins se sont plaints de la mauvaise volonté des petites gens à accepter la vaccination antivariolique pour leurs enfants, ainsi que de l'arrivée de familles immigrées en provenance de régions où le vaccin était moins répandu. Mais cette hypothèse paraît peu réaliste puisque, hormis lors du

Figure 4: *Courbes de survie (Kaplan-Meier) des enfants nés de couples mariés à Genève entre 1800 et 1880, par appartenance sociale du père*



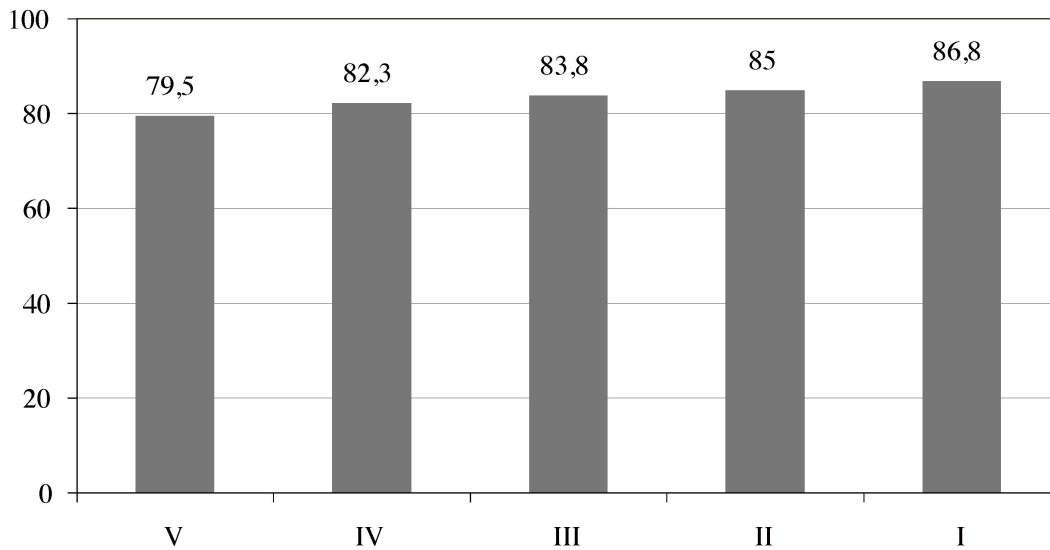
Source: Schumacher (voir note 1), pp.322–327.

pic ultime de 1870–1871, la variole n’est plus qu’une cause de décès marginale dans la Genève du XIX^e siècle, une ville où la découverte de Jenner s’est diffusée précocement et intensément.³⁰

A la fin du XX^e siècle les hommes sont plus inégaux devant la mort que les femmes

Faute de documentation, le basculement est abrupt vers la fin du XX^e siècle. Gubéran et Usel ont étudié 5137 hommes issus des générations 1925–1927 et domiciliés sur le territoire du canton de Genève en 1970–1972, lorsqu’ils étaient donc âgés de 45 ans.³¹ Ils ont été suivis jusqu’à leur 65 ans, donc jusqu’en 1990–1992. Ils ont été

Figure 5: Proportions de survivants à 65 ans selon la CSP parmi 5137 hommes genevois observés entre 1970–1972 et 1990–1992



Source: Gubéran et Usel (voir note 2), p. 28.

répartis en cinq catégories socioprofessionnelles (CSP) selon le système anglais de classification. Même si, à cette époque, le canton était déjà fortement urbanisé, la rupture dans l'unité spatiale d'observation doit être gardée à l'esprit, de même que le biais majeur que constitue l'absence des femmes. La figure 5 représente la proportion de survivants au terme des vingt années d'observation dans les cinq CSP. Le différentiel n'atteint que 7,3% entre les ouvriers semi-qualifiés et non qualifiés (CSP 5) et les professions libérales et scientifiques (CSP 1). Entre la catégorie la plus basse et la plus haute, le gradient de mortalité respecte la hiérarchie sociale, mais les écarts sont modestes.

Il est vrai qu'au contraire des différentiels observés du début du XVII^e siècle jusqu'à la fin du XIX^e, qui trouvaient leur origine principale dans la mortalité des enfants, ceux qui subsistent à l'aube du XXI^e siècle sont désormais attribuables aux écarts qui apparaissent aux âges adultes et dans la vieillesse. La figure 6 montre les courbes de survie jusqu'à 60 ans par groupes d'occupation (de la personne de référence du ménage) et par sexe à Genève entre 1991 et 2004. Elles sont tracées à partir de tables du moment fondées sur des données exhaustives, elles-mêmes résultant d'un appariement entre les recensements de 1990 et de 2000 avec les certificats de décès des quatorze années considérées.

Du côté masculin, les courbes montrent un élargissement du différentiel de mortalité à partir de 30 ans entre, d'une part, les directeurs et professions libérales supérieures (et leurs familles) et, d'autre part, toutes les autres catégories. Côté féminin, un écart similaire, quoique moins prononcé, apparaît un peu plus tard dans le parcours de vie,

Figure 6: *Courbes de survie par catégories socioprofessionnelles de la personne de référence du ménage, Genève 1991–2004*

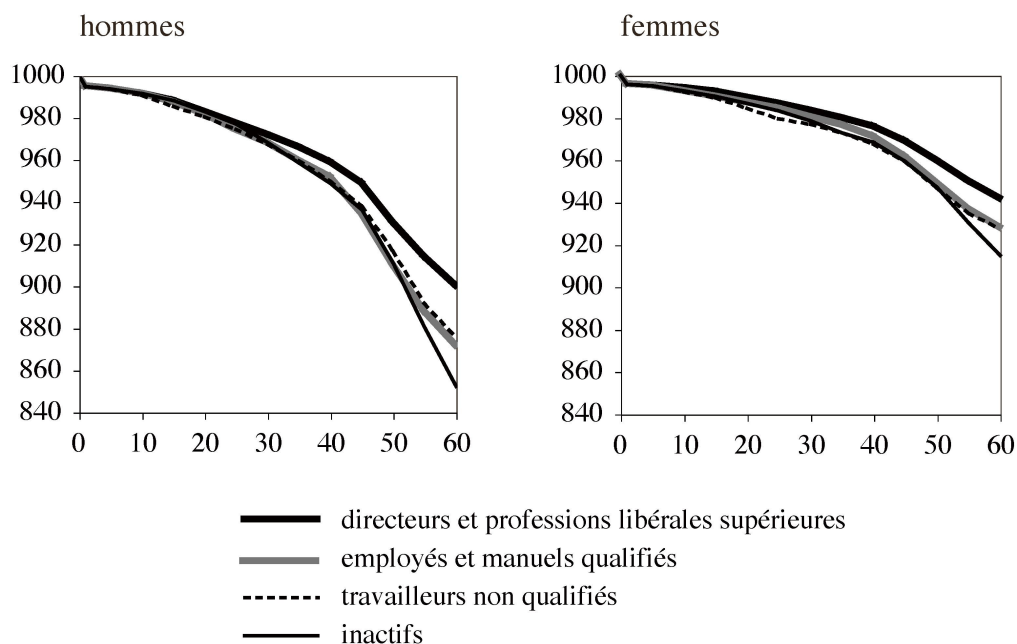
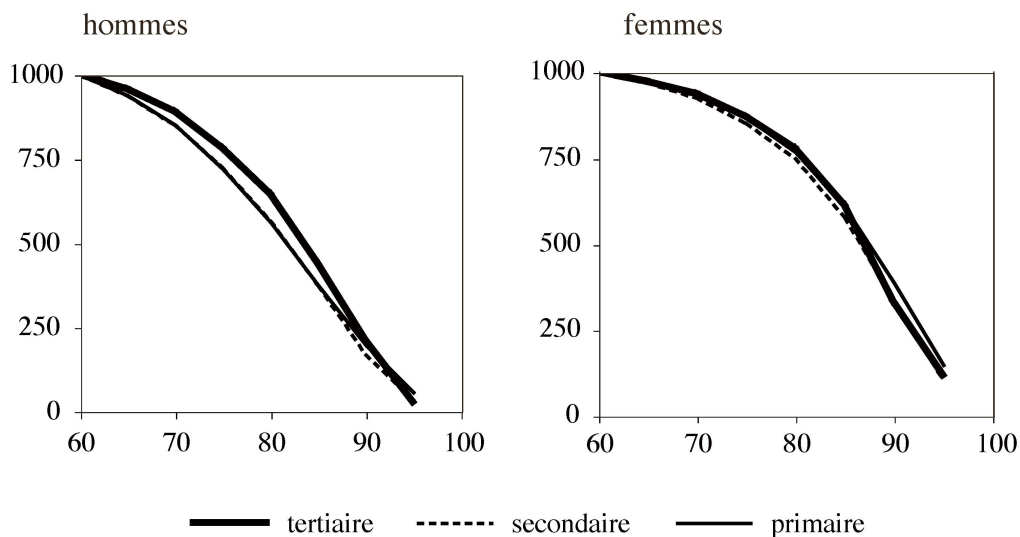


Figure 7: *Courbes de survie pour les survivants à 60 ans par niveau de formation atteint, Genève 1991–2004*



à partir de 40 ans. Aux âges actifs, à Genève comme ailleurs dans l'Europe contemporaine,³² la position socioprofessionnelle a un effet plus important sur la survie des hommes que sur celle des femmes. Une dernière leçon à tirer de ces figures est que, désormais, le plus important différentiel de mortalité est clairement celui du genre, opposant les deux sexes! A Genève entre 1991 et 2004, même les femmes appartenant à des ménages dont la personne de référence est un travailleur non qualifié survivent

mieux entre leur naissance et 60 ans que les hommes des ménages de directeurs et professions libérales supérieures. Le Graphique 7 confirme cette inégalité au détriment de la part masculine de la population en considérant la période de vie au-delà de 60 ans, devenue décisive.

Dans les pays développés, la grande majorité des décès surviennent en effet désormais après 70 ans. Dès lors, dans les actes de décès comme dans les recensements, les personnes considérées sont juste qualifiées de «retraitées». En l'absence d'une question sur la dernière profession exercée (comme dans le recensement belge de 2000) ou d'un échantillon démographique permanent (comme en France), la Figure 7 représente les courbes de survie pour tous ceux qui ont survécu jusqu'à l'âge de 60 ans selon le sexe et le niveau de formation atteint. Cet indicateur de capital humain révèle seulement un faible différentiel entre les hommes au bénéfice d'une formation supérieure et tous les autres. En revanche, au moins à 60 ans et plus, la formation reçue n'affecte pas la mortalité féminine dans la Genève contemporaine.

Notre perspective de long terme a montré de manière éclairante à quel point les écarts sociaux de survie sont dépendants de la structure par âge et par sexe de la mortalité, structure qui a connu une transition dramatique entre le «massacre des innocents», ou disparition massive des enfants, et la «mort vieillesse» d'aujourd'hui. Entre ces deux régimes démographiques, l'ancien et le contemporain, Genève a traversé le XIX^e siècle, celui de l'industrialisation et de l'urbanisation. Au XVII^e siècle, contrairement à la vision classique, le différentiel de survie traversait l'ensemble de la hiérarchie sociale (classes élevées, moyennes, inférieures), avec cependant un avantage tout particulier pour les élites. L'inégalité face à la mort s'est nettement atténuée au XVIII^e siècle, jusqu'à ce qu'au XIX^e émerge une dichotomie simple entre l'élite et tout le reste du corps social, ce dernier apparaissant de plus en plus homogène, surtout parmi les femmes. L'expérience genevoise offre une contribution utile au vieux débat sur les coûts ou effets sociaux de la révolution industrielle. En effet, la ville s'est modernisée sans endurer de renforcement drastique des inégalités sociales face à la mort, les chiffres démentant ici les perceptions des contemporains. C'est moins surprenant qu'il n'y paraît au premier abord, car des observations similaires ont été faites en France et en Suède, soit des pays qui connurent eux aussi des transitions vers la modernité plutôt douces.³³ Ces territoires se distinguaient de ceux des bassins ou villes de grandes industries qui subirent le «paradoxe de la croissance», soit au moins une génération de crise épidémiologique et de chute de l'espérance de vie dans les lieux mêmes où se brisait la trappe malthusienne, où la production de richesses explosait.³⁴ Genève a au contraire bénéficié d'une modernisation retardée et progressive.

Si nous considérons que désormais la plupart des décès surviennent non plus dans l'enfance mais aux âges avancés à très avancés, la Figure 7 indique que, pour autant, la tendance à la convergence a continué et a d'ailleurs atteint son point de saturation parmi les femmes. Dans la Genève contemporaine, les écarts sociaux de mortalité

ne sont plus qu'un problème masculin, par ailleurs modeste, limité à l'opposition observée depuis deux siècles entre élites et masses. Bien sûr, nous n'avons présenté ici qu'une monographie, l'étude d'un cas, d'une ville spécifique. Genève montre des traits attendus puisque toutes les études contemporaines indiquent de moindres variations sociales de mortalité côté féminin que parmi les hommes.³⁵ Cependant, alors même que pratiquement toutes les recherches conduites dans les pays développés indiquent un approfondissement des différentiels de mortalité entre groupes socioéconomiques depuis deux ou trois décennies,³⁶ à Genève en tout cas, la perspective de long terme qu'offre l'approche historique indique qu'il n'en est rien. Est-ce parce que le cas genevois est exceptionnel, ou parce que, par manque de profondeur chronologique, les analystes contemporains souffrent de presbytie? Cette question reste ouverte, comme d'ailleurs bien d'autres.

En l'état, l'ensemble de nos premiers résultats montre que Link, Phelan et leurs collègues n'ont pas sans raison mis l'accent sur le groupe social dominant dans leur théorie des causes sociales fondamentales. Les dominants de la société genevoise ont maintenu leur primauté en termes de survie à travers quatre siècles! Cependant, cet avantage va en s'atténuant, une première convergence ayant réuni les couches sociales moyennes et inférieures déjà aux XVIII^e-XIX^e siècles, puis une deuxième l'ensemble des femmes, sans doute dans la deuxième moitié du XX^e. Ces phénomènes fondamentaux ne trouvent pas d'interprétation dans le cadre théorique proposé. Ils devront constituer l'objet prioritaire des investigations ultérieures, lesquelles prendront davantage en compte un élément essentiel que nous avons à peine évoqué ici, les causes de décès.

Notes

- 1 Schumacher, Reto, *Structures et comportements en transition. La reproduction démographique à Genève au 19^e siècle*, Thèse de doctorat, Genève 2008.
- 2 Gubéran, Etienne; Usel, Massimo, *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève*, Genève 2000.
- 3 Projet FNS n° 100012–116416/1.
- 4 Antonovsky, Aaron, «Social class, life expectancy and overall mortality», *Milbank Memorial Fund Quarterly* 45 (1967), pp. 31–76; Woods, Robert; Williams, Naomi, «Must the gap widen before it can be narrowed? Long-term trends in social class mortality differentials», *Continuity and Change* 10 (1995), pp. 105–137.
- 5 Oris, Michel; Alter, George, «Paths to the City and Roads to Death. Mortality and Migration in East Belgium during the Industrial Revolution», *Revue belge d'histoire contemporaine* 31 (2001), pp. 453–495.
- 6 Garrett, Eilidh *et al.*, *Changing Family Size in England and Wales. Place, Class and Demography, 1891–1911*, Cambridge 2001.
- 7 Mackenbach, Johan P. *et al.*, «Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries», *International Journal of Epidemiology* 32 (2003), pp. 830–837.
- 8 Link, Bruce G.; Phelan, Jo C., «Social conditions as fundamental causes of disease», *Journal of Health and Social Behavior* 35 (1995), pp. 80–94; Phelan, Jo C. *et al.*, «Fundamental causes of

- social inequalities in mortality: a test of theory», *Journal of Health and Social Behavior* 45 (2004), pp. 265–285.
- 9 Perrenoud, Alfred, «L'inégalité sociale devant la mort à Genève au XVII^e siècle», *Population* 30 (1975), pp. 221–243.
 - 10 Sharlin, Allan, «Natural Decrease in Early Modern Cities. A Reconsideration», *Past and Present* 79 (1978), pp. 126–138.
 - 11 Johansson, Sheila R., «Macro and micro perspectives on mortality history», *Historical Methods* 33 (2000), pp. 59–72.
 - 12 Perrenoud (voir note 9), p. 235.
 - 13 La courbe de survie est une fonction monotone décroissante indiquant la proportion de survivants à chaque âge. Elle peut se référer à une génération réelle ou à une génération fictive qui est soumise, pendant son parcours de vie, aux conditions de mortalité du moment. Différents estimateurs permettent de la calculer. Cf. Hosmer, David W.; Lemeshow, Stanley, *Applied Survival Analysis: Regression Modeling of Time to Event Data*, New York 1999.
 - 14 Perrenoud (voir note 9), p. 239.
 - 15 Johansson (voir note 11), pp. 61–63.
 - 16 L'érudit genevois Edouard Mallet parle au début du XIX^e siècle d'un «entassement extraordinaire» de la population. Selon ses calculs, la surface moyenne par habitant est passée de 29,7 m² à la fin du XVII^e siècle à 17,6 m² en 1835. A cette date, il trouvait à Paris une valeur de 43 m². Mallet, Edouard, «Recherches historiques et statistiques sur la population de Genève: son mouvement annuel et sa longévité, depuis le XVI^e siècle jusqu'à nos jours (1549–1833)», *Annales d'hygiène publique* 17 (1837), pp. 1–172, ici pp. 15–16.
 - 17 Piuze, Anne-Marie; Mottu-Weber, Liliane (éds.), *L'économie genevoise de la Réforme à la fin de l'Ancien Régime*, Genève 1990.
 - 18 Perrenoud, Alfred, «La mortalité à Genève de 1625 à 1825», *Annales de démographie historique* (1978), pp. 209–233.
 - 19 Henry, Louis, *Anciennes familles genevoises, étude démographique: XVI^e–XX^e siècle*, Paris 1956.
 - 20 Perrenoud, Alfred, *La population de Genève du seizième au début du dix-neuvième siècle. Etude démographique*, Genève 1979, p. 469.
 - 21 Bourdelais, Patrice, «Les épidémies», in: Bardet, Jean Pierre; Dupâquier, Jacques (éds.), *Histoire des populations de l'Europe*, vol. II, Paris 1998, pp. 83–104, ici p. 94.
 - 22 Certes, des médecins du milieu du XIX^e siècle se sont attaqués à la question. Mais la contribution essentielle du D^r Marc d'Espiné porta sur les causes de décès et ses travaux très précis ne documentent que peu les écarts sociaux. Quant à son collègue Henri Clermond-Lombard, il fait compétition avec le célèbre docteur français Villermé dans le rôle de pionnier de l'étude des inégalités de mortalité selon le métier exercé. Mais ses calculs d'âge moyen au décès selon l'occupation sont affectés de lourds biais bien connus des démographes aujourd'hui, et en l'absence d'une structure par âge et par occupation qui décrirait la population exposée au risque de décéder, il n'est pas possible de pallier ces erreurs.
 - 23 Schumacher (voir note 1), pp. 192–199, 375–382.
 - 24 En sachant que les valeurs indiquées dans le Tableau 3 pour l'année 1888 doivent être considérées comme surestimées. Schumacher (voir note 1), p. 195.
 - 25 Schumacher (voir note 1), pp. 322–333.
 - 26 Maas, Inek; van Leeuwen, Marco, «Total and relative endogamy by social origin: a first international comparison of changes in marriage choices during the nineteenth century», *International Review of Social History* 50 (2005), pp. 275–295.
 - 27 Pour une discussion de la pertinence de cette distinction, voir Oris, Michel *et al.*, «Infant and Child Mortality», in: Bengtsson, Tommy *et al.* (éds.), *Life under Pressure. Mortality and Living Standards in Europe and Asia, 1700–1900*, Cambridge, Massachusetts 2004, pp. 359–398.
 - 28 Alter, Georg; Oris, Michel; Broström, Goran, «The family and mortality: a case study from rural Belgium», *Annales de démographie historique* (2001), pp. 11–31.
 - 29 Oris *et al.* (voir note 27).

- 30 Zaccariotto, Sophie, *La variole à Genève au 19^e siècle: de Jenner à Pasteur*, Mémoire de licence, Genève 2006, pp. 33–35; Schumacher (voir note 1), pp. 205–207.
- 31 Gubéran et Usel (voir note 2).
- 32 Mackenbach, Johan P., «Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study», *American Journal of Public Health* 12 (1999), pp. 1800–1806.
- 33 Bourdieu, Jérôme; Kesztenbaum, Lionel, «Vieux, riches et bien portants. Une application de la base TRA aux liens entre mortalité et richesse», *Annales de démographie historique* (2004), pp. 79–105; Sandberg, Lars G.; Steckel, Richard H., «Was industrialization hazardous to your health? Not in Sweden!», in: Steckel, Richard H.; Floud, Roderick (éds.), *Health and Welfare during Industrialization*, Chicago 1997, pp. 127–160.
- 34 Szreter, Simon; Mooney, Graham, «Urbanization, mortality, and the standard of living debate. New estimates of the expectation of life at birth in nineteenth century British cities», *Economic History Review* 51 (1998), pp. 84–112; Alter, Georg; Neven, Murie; Oris, Michel, «Mortality and modernization in Sart and surroundings, 1812–1900», in: Bengtsson, Tommy *et al.* (éds.), *Life under Pressure. Mortality and Living Standards in Europe and Asia, 1700–1900*, Cambridge Massachusetts 2004, pp. 173–208.
- 35 Mustard, Cameron A.; Etches, Jacob, «Gender differences in socioeconomic inequality in mortality», *Journal of Epidemiology and Community Health* 57 (2003), pp. 974–980.
- 36 Mackenbach *et al.* (voir note 7).

