



HAL
open science

Entre sanitaire et social : les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XXe siècle

Axelle Brodriez-Dolino

► **To cite this version:**

Axelle Brodriez-Dolino. Entre sanitaire et social : les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XXe siècle. *Le Mouvement social*, 2013, 242, pp.9-29. 10.3917/lms.242.0009 . halshs-00947014

HAL Id: halshs-00947014

<https://shs.hal.science/halshs-00947014>

Submitted on 14 Feb 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Entre social et sanitaire :
les politiques de lutte contre la pauvreté-précarité en France au XXe siècle

Axelle BRODIEZ-DOLINO*

« Des différentes formes de protection sociale, l'assistance publique, qui apparaît encore souvent comme une forme subsidiée de la charité, est certainement l'une des plus méconnues. À ce jour, il n'existe pas d'étude globale de ce secteur de la protection sociale obligatoire, mais non contributive¹ ». Colette Bec a certes ouvert le chantier historiographique en restituant la vision par le haut, travail de sociologie politique traitant des grandes évolutions législatives, du processus de décision et de la mise en perspective avec l'assurance². Mais les (rares) historiens de la pauvreté contemporaine ont opté pour des travaux centrés sur les populations en difficulté³ ou abordant le XXe siècle à son orée⁴, tandis que les politistes, sociologues et juristes se sont principalement focalisés sur des périodes ciblées⁵. L'histoire des politiques d'assistance reste donc encore à faire.

L'un des volets du projet DREES-MiRe/ANR mené en 2009-2011⁶ s'attachait à articuler sur le long terme décisions nationales et applications de terrain. Alors que les premières apportent le cadrage nécessaire à la compréhension d'ensemble, les secondes, pour singulières qu'elles soient, permettent seules en effet de saisir au plus près la réalité des budgets consacrés, les évolutions quantitatives et qualitatives des publics aidés, les marges de l'action locale, l'implication des acteurs privés. Les archives municipales lyonnaises ont constitué le cœur de cette recherche⁷ – n'ayant malheureusement pu être complétées, faute encore de dépôt pour la période post-1945, par les archives départementales. De fait, historiquement, « l'assistance publique

* Chargée de recherche au CNRS-LARHRA (LABoratoire de Recherche Historique Rhône-Alpes).

¹ J.-P. LE CROM, « L'assistance publique », in : P.-J. HESSE et J.-P. LE CROM, *La protection sociale sous le régime de Vichy*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2001, p. 163-182, citation p. 163.

² C. BEC, *L'assistance en démocratie. Les politiques assistantielles dans la France des 19e et 20eS*, Paris, Belin, 1998.

³ A. GUESLIN, *Gens pauvres, pauvres gens dans la France du XIXe siècle*, Paris, Aubier, 1998 et *Les gens de rien. Histoire de la grande pauvreté dans la France du XXe siècle*, Paris, Fayard, 2004.

⁴ Y. MAREC, *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927)*, 2 tomes, Paris, La Documentation française / Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 2002 et *Pauvreté et protection sociale aux XIXe et XXe siècles. Des expériences rouennaises aux politiques nationales*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006.

⁵ Voir principalement (ici par ordre alphabétique) C. BEC, *Assistance et République. La recherche d'un nouveau contrat social sous la IIIe République*, Paris, L'Atelier, 1994 et *L'assistance en démocratie...*, *op. cit.* ; R. CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995 ; J.-P. LE CROM et P.-J. HESSE, *La protection sociale sous le régime de Vichy*, *op. cit.* ; S. PAUGAM, *L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996 ; D. RENARD, *Initiative des politiques et contrôle des dispositifs décentralisés. La protection sociale et l'Etat sous la IIIe République, 1885-1935*, convention GAPP-MiRe n° 13/96, Rapport final, février 2000 ainsi que « Assistance et assurance dans la constitution des systèmes de protection sociale française », *Genèses*, n° 18, janv. 1992, p. 30-46, « Une vieillesse républicaine ? L'Etat et la protection sociale de la vieillesse, de l'assistance aux assurances sociales (1880-1914) », *Sociétés contemporaines*, n° 10, juin 1992, p. 9-22 et « Logiques politiques et logiques de programme d'action : la création des administrations sociales sous la IIIe République », *Revue Française des Affaires sociales*, 4, 2001, p. 33-39 ; C. TOPALOV, « Langage de la réforme et déni du politique. Le débat entre assistance publique et bienfaisance privée, 1889-1903 », *Genèses*, n° 23, juin 1996, p. 30-52.

⁶ Convention DREES-MiRe n° 08-2656 (programme « Droit et pauvreté ») et insertion parallèle dans le programme ANR « Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social » ; sous notre responsabilité.

⁷ Les archives d'assistance ont été déposées et sont consultables, pour partie avec dérogation, jusqu'aux années 1980.

est d'essence communale. C'est par la commune que doivent être désignés les bénéficiaires de l'assistance, parce que seule elle est en situation de les connaître⁸ ». Lieu où aboutissent presque toutes les mesures d'assistance légale jusqu'au milieu du siècle, et encore largement ensuite, ce niveau est aussi le seul opératoire pour percevoir le déploiement, inégal selon les périodes, de l'assistance facultative dispensée par les bureaux de bienfaisance (jusqu'en 1953), puis d'aide sociale (1953-1986), puis par les centres communaux d'action sociale (CCAS, depuis 1986), ainsi que le soutien apporté par une multitude d'organismes (para-)municipaux – des crèches aux restaurants sociaux *via* les asiles de nuit – et associatifs.

Cette « assistance », devenue à la faveur de la réforme de 1953 « aide sociale », témoigne d'un constant élargissement, reposant sur une double volonté d'universalisation et de spécification des publics. Faute de moyens suffisants et de volonté politique d'une part, conséquence de l'évolution des problèmes sociaux d'autre part, elle ne se construit toutefois que par mesures progressives, visant à combler les lacunes de l'Etat social autant qu'à éviter de poser un « principe général du droit à l'assistance pour tout indigent, quel qu'il soit⁹ ». Dès lors, la chronologie des catégories assistées dessine la conjonction de problématiques sociales constatées et de priorités politiques assumées. De la lecture de cette conjonction, nous souhaiterions ici avancer deux thèses.

D'une part l'histoire des politiques sociales, loin de n'être qu'une construction par le haut fonctionnant en percolation descendante, gagne à être appréhendée comme un écheveau complexe et multiforme, où le rôle des pouvoirs publics locaux et des associations apparaît fondamental – en amont, en aval et dans les interstices des mesures nationales. À cette lecture verticale s'en ajoute une autre, horizontale : chaque niveau apparaît lui-même tissé de rivalités, de coopérations et de complémentarités – entre action publique, parapublique et privée. Comme les pays anglo-saxons ou l'Allemagne, la France relève d'une « *mixed economy of welfare*¹⁰ », conjonction de l'incapacité des plus démunis à survivre grâce à une source unique d'aide ; du retournement des pouvoirs publics qui, dans tous les pays occidentaux, s'appuient de plus en plus au XXe siècle sur les associations après s'en être un temps méfiés ; et des avantages qu'en tirent de leur côté les œuvres privées.

D'autre part, la thèse de C. Bec est que les politiques assistentielles se sont construites *en dehors*, mais *en fonction* du monde du travail¹¹. Nous en ajouterons ici une autre, aussi fondamentale : elles se sont également construites sur le seul socle politiquement acceptable, celui d'une articulation des vulnérabilités sociales et sanitaires. Dans un monde empreint de libéralisme, il ne pouvait s'agir – et les réticences restent encore fortes aujourd'hui – d'aider un individu en seule situation de vulnérabilité sociale ; l'ajout d'une fragilité sanitaire (aliénés, enfants, puis personnes âgées, infirmes et incurables, puis femmes en couches,

⁸ Conseil supérieur de l'Assistance publique, 1898, cité par A. GOUACHON et L.-V. MOURET, *Manuel pratique d'assistance*, Lyon, 1925, p. 26.

⁹ J. JUERY, *L'assistance aux vieillards, infirmes et incurables et la loi du 14 juillet 1905*, Paris, Librairie de la Société du Recueil J.-B. Siret et du Journal du Palais, 1906, p. 6-7.

¹⁰ S. B. KAMERMAN, "The New Mixed Economy of Welfare: Public and Private", *Social Work*, n° 28(1), 1983, p. 5-10 ; B. HARRIS et P. BRIDGEN, "The 'Mixed Economy of Welfare and the Historiography of Welfare Provision", in : B. HARRIS & P. BRIDGEN (dir.), *Charity and Mutual Aid in Europe and North America since 1800*, New York & London, Routledge, 2007, p. 1-18.

¹¹ C. BEC, *L'assistance en démocratie....*, *op. cit.*, p. 56-57.

etc.) était nécessaire pour légitimer l'assistance démocratique, « [donnant] immédiatement à voir que l'incapacité de travailler à laquelle ces handicaps condamnent n'est pas volontaire¹² ». Ce n'est qu'en ciblant ces catégories doublement vulnérables que les politiques d'assistance ont pu progressivement s'imposer, puis s'attacher à des formes plus spécifiquement sociales (assurance chômage en 1958, RMI-RSA¹³ depuis 1988, etc.) ou sanitaires¹⁴. Pour autant, nombre de mesures post-1945 concernent toujours des publics à l'articulation des deux vulnérabilités : réforme de l'aide sociale (1953), minimum vieillesse (1956), allocation adulte handicapé (1975), loi de lutte contre les exclusions (1998), couverture maladie universelle (1999), lois sur la tutelle (1968 et 2007), etc.

Cet article s'attache donc à revisiter la construction des politiques d'assistance à l'interface des approches sociales et sanitaires, ainsi qu'au prisme de leur réalité de terrain. Des débuts de la III^e République à la veille de la Grande Guerre, ces politiques s'élaborent par une montée en généralité du local au national, en ciblant les populations à double vulnérabilité sociale et sanitaire. D'une guerre à l'autre, la consécration de l'hygiène sociale déplace plus encore vers le sanitaire le curseur de l'action sociale, même si l'assistance traditionnelle apparaît conjoncturellement revivifiée par la crise des années 1930 puis les difficultés de l'Occupation. Durant les « Trente glorieuses » enfin, la focalisation sur les « poches » restantes de pauvreté amène à poursuivre le croisement des deux formes de vulnérabilité, même s'il n'est politiquement plus exclusif.

1880-1914 : LA CONSTRUCTION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, DU LOCAL AU NATIONAL

Selon deux commentateurs des années 1920, « le premier XIX^e siècle a été pour ainsi dire stérile au point de vue législatif » tandis que la période du Second Empire témoignerait d'une « stagnation absolue en matière d'assistance¹⁵ ». Pour abusive que cette assertion soit, faisant fi de quelques novations¹⁶, le XIX^e siècle monarchique et impérial n'en a pas moins surtout été celui de la charité privée et des œuvres, dans un contexte d'hégémonie libérale. L'ancrage de la « question sociale » avec la III^e République laïque change la donne : en quelques années se multiplient les initiatives sociales des municipalités républicaines, ensuite relayées par des mesures étatiques.

Une floraison d'initiatives municipales pour les plus démunis (années 1880 et 1890)

Etudiée à Rouen¹⁷, la floraison d'initiatives municipales en matière d'assistance est également

¹² R. CASTEL, *Les métamorphoses...*, *op. cit.*, p. 74 en collection Folio Essais.

¹³ Revenu minimum d'insertion, voté en 1988 et transformé en 2008 en Revenu de solidarité active.

¹⁴ Dans cet article consacré à la lutte contre la pauvreté-précarité, les formes plus spécifiquement sanitaires (handicap physique et mental) ne seront abordées qu'incidemment.

¹⁵ A. GOUACHON et L.-V. MOURET, *Manuel pratique...*, *op. cit.*, p. 5-6.

¹⁶ Voir Y. MAREC, « La protection sociale en France : la construction d'une république sociale ? De la Révolution à la veille de la Seconde Guerre mondiale », in : F. THENARD-DUVIVIER (coord.), *Hygiène, santé et protection sociale de la fin du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, Ellipses, 2012, p. 104-139.

¹⁷ Y. MAREC, *Bienfaisance communale...*, *op. cit.*

spectaculaire à Lyon, invitant sans doute à parler d'un mouvement plus général d'activisme républicain à la fin du XIX^e siècle. Au début des années 1880, les villes françaises retrouvent en effet leur autonomie et basculent pour beaucoup dans le républicanisme. À Lyon, la mairie rétablie en avril 1881 échoit au radical-socialiste Antoine Gailleton, dermato-vénérologue, major de l'hôpital de la Charité en 1856 puis de l'Antiquaille en 1858 ; lui succède le docteur Victor Augagneur (1900-1905), lui aussi dermato-vénérologue et major de l'Antiquaille à partir de 1883, socialiste, plus anticlérical encore que son prédécesseur. Lyon incarne ainsi ces configurations où « la logique politique républicaine qui a pour horizon de renvoyer les institutions d'Eglise du public vers le privé trouve à s'exercer de manière privilégiée au niveau local¹⁸ », avec de surcroît une sensibilité prononcée aux questions médico-sociales.

Un nouveau rôle du bureau de bienfaisance

Cet activisme se concrétise d'abord par la reprise en main du bureau de bienfaisance¹⁹ et l'engagement dans un triple processus de laïcisation, professionnalisation et médicalisation.

La municipalité se sépare ainsi des soeurs dès 1880²⁰, tandis que le bureau des cultes non catholiques est supprimé ; juifs et protestants sont désormais inscrits, comme tout citoyen, dans leur bureau d'arrondissement. Si dans d'autres villes comme Grenoble, la laïcisation passe davantage par la lutte contre l'emprise des distributions paroissiales, le processus reste semblable et « s'analyse, au-delà d'un anticléricalisme de principe qui n'est pas partagé par tous, comme l'affirmation de l'existence et comme la construction d'un territoire d'action publique propre à la ville, qui intègre en les laïcisant les territoires de l'Eglise catholique²¹ ».

Un mouvement de professionnalisation est parallèlement entamé. Dès mars 1880, le conseil municipal vote la création, en sus des distributeurs volontaires dont le service « [laisse] beaucoup à désirer²² », d'un corps d'inspecteurs salariés chargés de recueillir les renseignements sur les postulants et de mettre annuellement à jour les listes – les distributeurs restant en charge des visites aux familles assistées et de la distribution des secours. Ce premier pas est suivi dix ans plus tard d'un second, suite au constat d'un fonctionnement toujours « très défectueux et très onéreux²³ » ; les 460 distributeurs sont alors remplacés par vingt salariés à temps plein. Comme pour la laïcisation, Lyon apparaît précurseur – cette professionnalisation

¹⁸ D. RENARD, *Initiative des politiques...*, rapport cité, p. 70.

¹⁹ Créés par la loi du 7 frimaire an V (27 novembre 1796), les bureaux de bienfaisance sont des institutions par-municipales facultatives, chargées des secours à domicile. On en trouve dans la plupart des grandes villes, mais peu en zone rurale. Leurs revenus proviennent principalement de la taxe sur les spectacles, d'une partie des concessions sur les cimetières et de dons. Ils agissent soient directement (distributions principalement en nature, rémunération de médecins...), soit en subventionnant des associations. Leurs commissions administratives sont composées de personnalités nommées par le maire et le préfet. Ils disparaissent en 1953, fondus dans les « bureaux d'aide sociale ».

²⁰ A titre de comparaison, la mesure est progressive à Rouen à partir de 1888, et ce n'est qu'en 1894 que le bureau de bienfaisance de Nancy se sépare des soeurs Saint-Charles (P. QUINCY-LEFEBVRE, « Naissance et affirmation d'un service public dans le monde de la charité. L'exemple du bureau de bienfaisance de Nancy, 1850-1914 », in : A. GUESLIN et P. GUILLAUME (dir.), *De la charité médiévale à la Sécurité sociale*, Paris, Les Editions ouvrières, 1992, p. 91-96).

²¹ D. RENARD, rapport cité, p. 90.

²² Archives municipales de Lyon (ci-après AML), Conseil municipal du 18 novembre 1880, Rapport de l'inspecteur général Lunier au ministère de l'Intérieur sur le fonctionnement du bureau de bienfaisance de Lyon.

²³ AML, 744 WP 097, Note sur le bureau de bienfaisance de Lyon, sans auteur, datée du 7 décembre 1889.

ne sera préconisée à Paris qu'en 1892, et effective l'année suivante²⁴.

Laïcisation et professionnalisation sont enfin corrélatives d'une médicalisation. En novembre 1880, un rapport au ministère de l'Intérieur pointe la situation dramatique de l'assistance médicale et pharmaceutique aux indigents lyonnais²⁵. Le nouveau maire, le Dr Gailleton, travaille alors personnellement à la création, au sein du bureau de bienfaisance, d'un véritable « service d'assistance médicale à domicile », inauguré dès 1883. Hormis pour les maladies dermato-vénériennes et la chirurgie, la prise en charge des malades nécessiteux est donc retirée aux Hospices civils de Lyon (HCL)²⁶ au triple motif économique (moindre coût), médical (limitation de la contagion) et moral (maintien du malade dans son foyer). La ville est partagée en 18 circonscriptions médicales, desservies par des médecins recrutés sur concours et appointés ; une salle de consultation est créée dans chaque arrondissement ; des sages-femmes sont recrutées. Et ce service d'être rapidement victime de son succès : y recourent non seulement les indigents inscrits au bureau de bienfaisance, mais aussi nombre d'ouvriers et journaliers incapables de subvenir à leurs frais médicaux et pharmaceutiques.

Si les causes de la réforme diffèrent pour partie du « modèle rouennais » décrit par Y. Marec, ses modalités n'en apparaissent ainsi pas moins très similaires : alors que le système se met en place à Rouen entre 1881 et 1886, il est opérationnel à Lyon en 1883. Ville précocement adepte, sous l'impulsion du Dr Gailleton, des secours à domicile, Lyon reste pourtant considérée comme incarnant le modèle des secours hospitaliers, faute sans doute d'avoir accompagné sa réforme de nombreux dispensaires, comme ce fut le cas à Rouen ou Paris²⁷.

L'aide aux personnes âgées et invalides

Toujours non sans visée concurrentielle envers les œuvres et les hospices civils, la municipalité s'attache aussi à développer les secours aux personnes âgées et invalides.

Les pensions d'aide au maintien à domicile existent à Lyon depuis 1851, sous condition d'avoir au moins 65 ans et quinze années de résidence. D'un montant annuel de 100 F²⁸, leur nombre va croissant même s'il reste réduit – 100 pensions en 1851, un petit millier à la fin des années 1870. La municipalité républicaine reprend la question. Après avoir envisagé le développement massif de structures d'hébergement, elle y renonce en 1883 au profit des secours à domicile, jugés moins coûteux et plus souples. Jusqu'en 1906, le nombre de pensions pour personnes âgées nécessiteuses augmente ainsi par paliers – d'un budget annuel d'environ 50.000 F en 1883, et de 200.000 F entre 1897 et 1906.

Le manque dramatique de structures d'hébergement conduit pourtant aussi à des évolutions de fait.

²⁴ Y. MAREC, *Vers une République sociale ? Un itinéraire d'historien. Culture politique, patrimoine et protection sociale aux XIXe et XXe siècles*, Rouen, Presses universitaires de Rouen, 2010, chap. 19 (« Un patrimoine institutionnel : l'organisation administrative de l'Assistance publique de Paris au XIXe siècle », p. 445-464).

²⁵ AML, Rapport de l'inspecteur général Lunier (voir note 22).

²⁶ Pour approcher l'histoire des HCL, qui reste encore à écrire, voir M. GARDEN (dir.), *Histoire économique d'une grande entreprise de santé. Le budget des Hospices civils de Lyon, 1800-1976*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1980.

²⁷ Y. MAREC, *Vers une République sociale ?... op. cit.*, chap. 20 (« Un laboratoire parisien de l'assistance publique ? Une comparaison Paris-Rouen-Le Havre au XIXe siècle », p. 465-480).

²⁸ Soit l'équivalent d'environ 360 euros aujourd'hui.

Faute d'autre solution, nombre de personnes âgées demandent en effet à se faire interner au dépôt départemental de mendicité, tandis que la chasse aux mendiants s'étiole avec la Troisième République. Le dépôt d'Albigny se transforme dès lors progressivement : en 1882, les « mendiants » sont physiquement séparés des « indigents », dont les conditions d'hébergement sont considérablement améliorées jusqu'aux années 1910. En 1899, la séparation est officielle entre les institutions « dépôt de mendicité » et « maison de retraite²⁹ ». En 1920 enfin, Albigny n'est plus qu'une « maison départementale de retraite ». Lyon est bien représentatif de la situation française, où les dépôts ne sont pas abolis mais disparaissent avec le temps³⁰.

Des mesures volontaristes sont aussi prises. En 1881, la mobilisation conjointe de la ville et du département conduit à envisager la création d'un hospice pour vieillards et invalides du travail. La défection du département en fait une réalisation purement municipale³¹. Construit selon les normes hygiénistes de l'époque, l'Hôtel des Invalides du travail ouvre en 1901, doté de 400 lits (300 pour hommes et 100 pour femmes). Il est accessible sous condition de naissance à Lyon ou de vingt années de résidence, présentation d'un certificat d'indigence et d'un certificat médical justifiant de l'incapacité à subvenir à ses besoins par le travail. Les couples sont quasi absents, la ville préférant pour eux les aides au maintien à domicile. En théorie destiné à une population ouvrière invalide du travail et ne relevant ni de l'hôpital ni de l'hospice, l'Hôtel est d'emblée accaparé par les vieillards. Plus petite, la Fondation Magnin-Fournet, structure d'une trentaine de places pour femmes âgées indigentes et incurables de la Croix-Rousse, est parallèlement créée par la municipalité en 1889.

Le développement des structures d'hébergement et d'alimentation d'urgence

Autre volet de l'action (para-)municipale, la création de structures d'urgence pour populations précaires. Alors que les migrations s'accroissent, la Grande dépression consacre la « naissance du chômeur³² » ; la figure traditionnelle du « mauvais pauvre », adulte valide et horsain, gyrovague rechignant au travail, s'écorne, tandis que s'impose la nécessité du secours temporaire.

Le premier asile de nuit français, « l'Hospitalité de nuit », est créé à Marseille en 1872, avec des résultats rapidement jugés très satisfaisants en termes de contrôle social et d'hygiène³³. À Paris, l'idée est reprise en 1878 avec une œuvre du même nom ; les structures privées se multiplient ensuite et dix ans plus tard, la municipalité vote à son tour l'ouverture d'un refuge³⁴. Cette chronologie se retrouve, légèrement décalée, à Lyon puis Rouen. La capitale des Gaules n'offre ainsi jusqu'à la fin des années 1870 d'autre asile

²⁹ Voir E. LAVIROTTE, *Le dépôt de mendicité d'Albigny. Son histoire et sa clientèle de 1862 à 1914*, mémoire de maîtrise, directeur non mentionné, Université de Lyon, 1983.

³⁰ N. VEYSSET, « La fin des dépôts de mendicité au début de la III^e République », in : A. GUESLIN et D. KALIFA (dir.), *Les exclus en Europe (1830-1930)*, Paris, L'Atelier, 1999, p. 112-123.

³¹ G. MAZOYER, *L'Hôtel des Invalides du travail de Lyon (fin XIX^e-début XX^e siècle)*, mémoire de maîtrise sous la direction d'O. Faure, Université Lyon 3, 1997.

³² C. TOPALOV, *La naissance du chômeur, 1880-1910*, Paris, Albin Michel, 1994. Sur l'aide aux chômeurs à Lyon avant 1914, on peut consulter C. BONICI, *L'indemnisation du chômage aux XIX^e et XX^e siècles à travers l'exemple lyonnais*, Thèse d'histoire du droit, Université Jean Moulin-Lyon III, 2010.

³³ M. MINOUSTCHIN, *Histoire des refuges de nuit pour sans-abri à Paris sous la III^e République (1871-1914)*, mémoire de maîtrise sous la direction d'O. Faron, Lyon 2, 2003. Ces asiles répondent de fait aussi aux découvertes pastoriennes et à la montée de l'hygiénisme (désinfection des vêtements et des lits, douches obligatoires, etc.).

³⁴ Office central des œuvres de bienfaisance, *Paris charitable et prévoyant. Tableau des œuvres et institutions du département de la Seine*, Paris, Plon, 1900.

que le dépôt de mendicité ; en avril 1880 est créée la première structure privée, également appelée « Œuvre de l'Hospitalité de nuit³⁵ », seule durant les années 1880, très (trop pour certains) catholique³⁶ et réservé aux hommes ; comme à Paris, il faudra une petite décennie pour que la municipalité ouvre sa propre structure – fin 1889, pour le centenaire de la Révolution.

Limités à trois nuits consécutives, ces refuges sont des hébergements d'urgence d'abord destinés aux migrants, puis peu à peu détournés de leur but premier. À Lyon, suite à plusieurs décès d'individus arrivés à bout de force, une petite chambre de deux lits est créée en 1897, accessible le temps du rétablissement ou du placement en hôpital/hospice ; tandis que les personnes trouvées sur la voie publique et non malades doivent désormais être « conduites à l'asile municipal de nuit et y séjourner jusqu'à ce que [l']administration ait pris les mesures nécessaires pour les faire admettre dans un établissement correspondant à leur situation³⁷ ». C'est sceller *de facto* l'abandon du délit de mendicité pour la majorité des personnes qui en relevaient, bien davantage victimes que coupables. Dans le giron de ces refuges se développent des œuvres d'assistance par le travail, qui permettent de prolonger l'accueil.

Les municipalités répondent aussi aux urgences alimentaires. Comme pour les asiles de nuit, le modèle lyonnais est parisien, consistant à remplacer les quatre fourneaux économiques par une « Bouchée de pain³⁸ » appelée « à soulager *immédiatement* des malheureux dont les ressources sont épuisées et que les démarches, souvent très longues, en vue d'obtenir le bénéfice de l'assistance, réduiraient aux dernières extrémités³⁹ ». Ouverte en mai 1889, implantée dans le quartier populaire de la Guillotière, l'œuvre accueille chaque jour environ 400 personnes matin et après-midi, pour consommer un morceau de 200 à 250g de pain ; en 1908 est ajoutée une soupe chaude l'hiver deux fois par semaine.

La mise en place des lois d'assistance (années 1890-1910)

Alors que les débuts de la République sont surtout consacrés à la question scolaire, « après les élections de 1885, l'accroissement relatif du poids des radicaux et de l'extrême-gauche dans l'ensemble républicain favorise l'évolution vers une affirmation plus nette des préoccupations de politique sociale [...]. La distribution des secours publics est en effet un domaine où le poids de l'Église catholique est considérable, et le développement d'une politique sociale en ce domaine constitue également un moyen de poursuivre la laïcisation de l'État et de la société entamée en matière scolaire⁴⁰ ». Renonçant au projet de système général d'assistance publique, les républicains choisissent, de façon moins ambitieuse mais aussi moins effrayante, de segmenter les aides par type de populations ; de même, s'ils affichent officiellement la

³⁵ La même œuvre est créée à Rouen un an plus tard, en décembre 1881, et ouvre ses portes en décembre 1882 (Y. MAREC, *Bienfaisance communale...*, *op. cit.*).

³⁶ AML, 742 WP 037 : suite à la demande de reconnaissance d'utilité publique, le conseil municipal du 25 février 1888 rend un avis défavorable, « regrettant profondément l'esprit et la pensée qui ont présidé à la confection du règlement intérieur (art. 9), qui dénote une idée de parti ». Dans la plupart des « Hospitalité de nuit », la prière collective est de rigueur.

³⁷ AML, 742 WP 038, Lettre du maire à l'architecte en chef datée du 16 janvier 1897.

³⁸ Présentes dans nombre de grandes villes, les « Bouchées de pain » sont généralement des institutions para-municipales proposant aux indigents une restauration sommaire.

³⁹ AML, Conseil municipal du 13 novembre 1884 ; souligné dans le texte.

⁴⁰ D. RENARD, rapport cité, p. 21.

notion d'*obligation*, ils ne vont pas d'abord jusqu'à celle de *droit social* ; enfin, les publics visés sont tous atteints d'une double vulnérabilité, sociale et sanitaire – le projet étant explicitement de « venir en aide aux indigents qui ne peuvent pas travailler, qu'ils soient arrêtés dans leur activité temporairement par la maladie, ou bien définitivement par la vieillesse ou les infirmités⁴¹ ».

Deux grandes lois d'assistance, 1893 et 1905

La première grande loi, votée le 15 juillet 1893, porte sur l'assistance médicale gratuite (AMG) aux personnes « privées de ressources⁴² » – soit un spectre plus large que les seuls « indigents » assistés des bureaux de bienfaisance, englobant les difficultés conjoncturelles et « tous ceux qui, en état de maladie, se trouveront hors d'état de se faire soigner à leurs frais⁴³ ». Si elle existe déjà dans nombre de communes, comme Lyon, elle se généralise donc : « autre chose est un service dépendant de la bonne volonté des départements et des communes, aujourd'hui fonctionnant, demain délaissé ; autre chose est un service public obligatoire⁴⁴ ». En vertu du principe révolutionnaire réactivé depuis les années 1880, l'assistance médicale à domicile doit être préférée à l'hospitalisation « pour des raisons d'économie, de morale et d'hygiène⁴⁵ ». Pour établir et gérer les listes de bénéficiaires, des « bureaux d'assistance » sont créés dans chaque commune ; leur commission administrative « est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement quand il n'existe pas d'hospice dans la commune⁴⁶ ». L'article 35 enfin autorise « les communes ou syndicats [de communes] qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades » à conserver une organisation autonome ; mais alors que le ministère escompte que très peu de communes y recourront, c'est au contraire l'option que choisissent la majorité des grandes villes – dont Lyon, qui ne souhaite pas mettre à bas son nouveau service d'assistance médicale, lequel lui assure en outre bien plus de liberté qu'une gestion par le département. Ainsi, si cette loi peut être lue comme une nouvelle relation centre/périphérie par élaboration d'un « mode de délégation qui permette à l'Etat de mener à bien une politique qu'il ne veut ni ne peut assumer seul⁴⁷ », et faisant du département la nouvelle base territoriale, en pratique, pour les nombreuses communes qui usent du régime spécial, leur rôle et leur autonomie sont pleinement préservés.

À cette assistance aux malades indigents *curables*, relevant donc potentiellement de l'hôpital, s'ajoute le 14 juillet 1905 une loi d'assistance obligatoire aux indigents *incurables* (« vieillards, infirmes et incurables »), relevant eux de l'hospice. Pour la première fois, le terme de *droit* est introduit. La loi n'est

⁴¹ Henri Monod, séance d'ouverture du Conseil supérieur de l'Assistance publique, discours du 13 juin 1888, cité par D. RENARD, « Une vieillesse républicaine ?... », art. cit., p. 12.

⁴² Selon l'article 1, « tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier. Les femmes en couches sont assimilées à des malades. Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine ».

⁴³ Circulaire du ministère de l'Intérieur, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, aux préfets de France pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, datée du 18 mai 1894.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ C. BEC, « La fin des concurrences philanthropiques : 1880-1914 », in : J.-G. PETIT et Y. MAREC (dir.), *Le social dans la ville en France et en Europe, 1750-1914*, Paris, L'Atelier, 1996, p. 2219-227, citation p. 222.

toutefois pas applicable aux enfants de moins de 13 ans, créant un vide juridique dans le champ du handicap. Les listes de bénéficiaires doivent être dressées par le bureau d'assistance ; à Lyon, où la loi de 1893 avait donné lieu à un *statu quo ante*, ce bureau prend ainsi ses fonctions en janvier 1907, date d'entrée en vigueur de la nouvelle loi.

Cette nouvelle législation assistantielle est complétée par les lois de juin et juillet 1913 en faveur des femmes en couches et des familles nombreuses.

L'impact local : coûts et recentrages

Le financement et la mise en œuvre de ces mesures nationales incombent avant tout au niveau local, réparti entre quatre instances : département, municipalité, hospice et bureau de bienfaisance.

Pour la loi de 1893, les communes assurent l'essentiel des dépenses, le département ne prenant en charge que les indigents tombés malades dans le département et dépourvus de domicile de secours communal (et l'Etat, les indigents tombés malades hors de leur département et les étrangers). Dans le cas de l'article 35, les communes assument même la totalité des frais – en fait souvent également répartis entre le bureau de bienfaisance et les hospices. Si la loi de 1905 fait davantage peser le financement sur les départements et, surtout, l'Etat, les municipalités n'en assurent pas moins 50%. Ces dépenses viennent donc s'ajouter aux contingents déjà dus au département⁴⁸ mais pèsent d'emblée bien plus lourd, l'écart ne faisant ensuite que se creuser⁴⁹ ; à Lyon, la part prise par l'assistance dans les dépenses municipales ordinaires passe ainsi de 8% en 1906 à 13% à la veille de la guerre. Les lois de 1913 ne pèsent en revanche pas sur les budgets municipaux.

Les hospices civils supportent eux toujours une part des frais d'hospitalisation, charge occasionnée par les prix de journée remboursés trop bas et trop peu réévalués ; pour les HCL, qui peinent de plus en plus à équilibrer leur budget à partir de 1908⁵⁰, ces lois sont avant tout perçues comme une charge supplémentaire.

Enfin, le bureau de bienfaisance peut également contribuer. Alors même qu'il aurait pu, par ces deux lois, être déchargé d'une part importante de ses assistés, les chiffres lyonnais montrent qu'il n'en est rien : même s'il reçoit de la municipalité 50.000 F supplémentaires en subvention, ses dépenses totales se montent à 803.000 F en 1892, 830.000 F en 1906 et 1.170.000 F en 1913 – soit une augmentation bien plus rapide à partir des lois d'assistance, notamment due aux dépenses médicales et pharmaceutiques.

Au-delà des aspects financiers, ces lois induisent enfin des réajustements. Ainsi à Lyon, alors que les hospices civils, engagés dans un processus de médicalisation et de professionnalisation, tendent à se recentrer sur les malades curables⁵¹, ces lois ramènent inversement vers la traditionnelle fonction

⁴⁸ On entend alors par « contingents » la part contingentée due par chaque commune au département, au prorata de sa population, pour les frais afférents aux aliénés (loi de 1838), aux enfants assistés (loi de 1849) et aux personnes internées au dépôt de mendicité, qui font l'objet d'une gestion départementale.

⁴⁹ Les deux courbes suivent en effet une forme dite « en ciseau » (source : dépouillement des archives municipales) :
- coût total des contingents dus au département par la municipalité : 425.000F en 1885, 583.000F en 1904, 692.000F en 1914 ;

- coût des pensions loi 1905 : 726.000F en 1908, 1,2 MF en 1914.

⁵⁰ M. GARDEN, *Histoire économique d'une grande entreprise...*, *op. cit.*

⁵¹ O. FAURE, *La médicalisation de la société dans la région lyonnaise au XIXe siècle (1800-1914)*, Thèse pour le doctorat d'Etat en histoire, Université Lyon II, 1989, 6 volumes.

d'assistance, financée par les prix de journée. De son côté le bureau de bienfaisance, actant de la prise en charge nouvelle des vieillards, infirmes et incurables, se recentre sur l'aide aux indigents malades et aux valides en difficulté conjoncturelle. Enfin, les œuvres caritatives témoignent de réactions contrastées face à cette intervention nouvelle de l'Etat social, de surcroît simultanée à la loi de Séparation : à Lyon, si les Hospitaliers-Veilleurs se replient et entament leur déclin⁵², l'Œuvre de bienfaisance des dames protestantes choisit de ne pas venir en complément, mais dans les failles de la nouvelle assistance (en bénéficiaire devient une condition excluante pour l'accès aux secours, faisant *de facto* chuter le nombre de bénéficiaires⁵³) ; ce sont *in fine* les conférences de Saint-Vincent-de-Paul qui semblent le mieux s'adapter, poursuivant lentement leur croissance, se faisant « porte-parole de la politique sociale de la République auprès des personnes nécessiteuses » et évoluant vers un rôle de conseiller juridique ou d'assistant social⁵⁴.

Les débuts de la III^e République voient donc, en matière d'assistance, un net mouvement de percolation *ascendante*. Visant autant à concurrencer des œuvres devenues au fil du XIX^e siècle hégémoniques qu'à pallier leurs lacunes, le niveau local témoigne dès les années 1880 d'un rôle moteur *via* une multiplicité de pensions, d'institutions municipales et para-municipales. Ce n'est que dans un second temps, au tournant du siècle, que l'Etat prend le relais, « [faisant] de l'assistance un service public⁵⁵ ». Alors que la République développe parallèlement l'assurance (loi de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes) et la prévoyance (mutuelles), il n'y a donc pas disparition mais affirmation de l'assistance. Cette intervention étatique reste toutefois incomplète (condition de double vulnérabilité sociale et sanitaire des potentiels bénéficiaires) et d'application lente, tandis que les pensions versées sont aussi minces que peu revalorisées. L'action des œuvres et des institutions locales reste donc nécessaire, en aval comme dans les interstices de cette nouvelle intervention nationale.

1914-1945 : ENTRE INSTITUTIONNALISATION DE L'HYGIÈNE SOCIALE ET RETOUR DE L'ASSISTANCE TRADITIONNELLE

L'approche républicaine de la question sociale s'est donc construite sous condition, prudente et imparable, d'atteinte conjointe de vulnérabilité sanitaire. La Grande Guerre renverse la problématique, les urgences sanitaires prédominant désormais sur la question sociale. Avec des prolongements durant tout

⁵² Fusion de deux œuvres d'Ancien régime, celles des Hospitaliers et des Veilleurs, l'association, très catholique, est au XIX^e siècle l'une des plus puissantes organisations caritatives lyonnaises. Le père de l'abbé Pierre y militait dans les années 1910-1920. Ses fonds sont déposés aux archives de l'archevêché.

⁵³ M. GILSON, « Une minorité en action : la charité protestante en France, XIX^e-XX^e siècles », *Le Mouvement social*, n° 234, janv.-mars 2011, p. 63-82.

⁵⁴ B. DUMONS, « Combattre la pauvreté », in : B. DURIEZ, E. FOUILLOUX, D. PELLETIER et N. VIET-DEPAULE (dir.), *Les catholiques dans la République, 1905-2005*, Paris, Editions de l'Atelier, 2005, p. 142-152 (citation p. 145) et « Charité bourgeoise et action sociale : l'évolution des pratiques caritatives des confrères de la Société Saint-Vincent-de-Paul de Lyon (1890-1960) », in : I. VON BUELTZINGSLOEWEN et D. PELLETIER (dir.), *La charité en pratique. Chrétiens français et allemands sur le terrain social, XIX^e-XX^e siècles*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 1999, p. 143-156.

⁵⁵ Circulaire du ministère de l'Intérieur, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique, aux préfets de France pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, datée du 18 mai 1894.

l'entre-deux-guerres : la sanitarisation du social conduit, après la consécration politique de l'hygiène sociale dans les années 1920, à sa professionnalisation dans les années 1930. L'arrivée de la crise puis des difficultés de l'Occupation ébranle pourtant cette approche, avec un retour en force des institutions traditionnelles.

La Grande Guerre, un recentrage sanitaire

La Grande guerre désorganise le nouvel édifice assistantiel. La priorité est désormais aux combattants et aux mobilisés, et une politique nationale de santé publique se met en place, aux dépens des traditionnelles populations vulnérables⁵⁶. Ce recentrage est bien visible dans les hôpitaux, fortement investis dans l'effort de guerre – au point d'arriver, comme à Lyon, financièrement exsangues à la fin du conflit et d'obtenir le délestage d'une part de leurs frais d'assistance. Parallèlement, la lutte contre les « fléaux sociaux » devient une préoccupation nationale.

Le combat hygiéniste n'est certes pas nouveau⁵⁷. À Lyon, un bureau d'hygiène est mis en place dès le début des années 1890, soit avant l'obligation légale (1902). La lutte contre la tuberculose y est aussi précoce⁵⁸, en lien avec les HCL, avec notamment la création en 1900 du sanatorium de Hauteville, premier en France pour adultes indigents, puis celle en 1903 du dispensaire antituberculeux, fonctionnant majoritairement grâce aux subventions de la municipalité et du bureau de bienfaisance ; de fait, alors que la recherche tâtonne, la tuberculose reste perçue comme une maladie de la misère appelant des remèdes sociaux⁵⁹. La Grande Guerre catalyse toutefois ce combat hygiéniste avec d'importantes mesures émanant de l'Etat, mais d'application éminemment locale.

Dès avril 1915, une circulaire du ministère de l'Intérieur enjoint les préfets à rechercher « les mesures les plus propres à assurer une assistance efficace aux militaires tuberculeux » ; le département du Rhône est le premier à répondre favorablement⁶⁰. En avril 1916 est votée la première loi sur la tuberculose, dite « loi Bourgeois⁶¹ » : favorisant la création de « dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse », elle vise plus largement à développer l'éducation, la prophylaxie, l'hygiène et la désinfection, ainsi qu'à assurer aux malades une admission dans les sanatoriums, maisons de cure et de convalescence. Elle est complétée en 1919 par la loi dite « Honnorat », plaçant l'hospitalisation des tuberculeux à charge des départements et imposant la création de sanatoriums. À nouveau, le Rhône se distingue par sa multiplicité de structures, publiques comme privées. Or impulsée pour les militaires en contexte de guerre, la lutte contre la tuberculose bénéficie également aux civils, eux aussi vulnérabilisés (développement des dispensaires, gratuité des consultations et des médicaments pour malades ne pouvant payer, etc.).

⁵⁶ V. VIET, « La santé publique pendant la Grande Guerre », in : F. THENARD-DUVIVIER (coord.), *Hygiène, santé et protection sociale...*, op. cit., p 24-36.

⁵⁷ Sur l'histoire de l'hygiénisme, voir notamment L. MURARD et P. ZYLBERMAN, *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée, 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996 ; P. BOURDELAIS (dir.), *Les Hygiénistes : enjeux, modèles, pratiques*, Paris, Belin, 2001.

⁵⁸ Voir D. DESSERTINE et O. FAURE, *Combattre la tuberculose, 1900-1940*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988.

⁵⁹ Voir notamment A. COTTEREAU, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris », *Sociologie du travail*, avril-juin 1978, p. 192-224.

⁶⁰ D. DESSERTINE et O. FAURE, *Combattre la tuberculose*, op. cit.

⁶¹ Penseur du solidarisme, Léon Bourgeois est également ancien ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, et président de la Commission permanente de lutte contre la tuberculose au ministère de l'Intérieur.

La Grande Guerre accélère aussi le combat contre les maladies vénériennes⁶². Si les mesures consistent avant tout à éloigner les prostituées des soldats et à développer les visites militaires, la lutte s'étend de même à la population civile, en particulier indigente, qui cumule les handicaps de la fréquente ignorance (conditions de transmission, symptômes, prophylaxie, etc.) et du manque d'argent pour accéder aux soins. À partir de juin 1917 sont ainsi créés des « services hospitaliers annexes », consultations vénériennes dans les hôpitaux civils gratuites pour les plus démunis ; à Lyon, ils se tiennent d'abord à l'Antiquaille et à l'Hôtel-Dieu, puis également à la Croix-Rousse et la Guillotière – soit dans des quartiers populaires, et avec des horaires adaptés⁶³.

L'entre-deux-guerres, apogée et professionnalisation de « l'hygiène sociale »

Cet hygiénisme social se prolonge après-guerre, dans un contexte d'afflux de réfugiés, d'anciens combattants malades et mutilés, de dégradation des conditions de logement accroissant l'entassement et le manque d'hygiène, d'affaiblissement des organismes suite aux privations, de ravages de la tuberculose. Le vote des grandes lois d'assistance, censées tisser un filet de sécurité pour les plus démunis, conduit à orienter plus encore la perception et le traitement du social au prisme du sanitaire – fait révélateur, un éphémère « ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales » est même créé en 1920⁶⁴.

Dans le Rhône, dispensaires antituberculeux et sanatoriums se multiplient, émanant également des œuvres privées mais largement financés par les pouvoirs publics – à Lyon, le bureau de bienfaisance subventionne notamment le dispensaire antituberculeux, dont les malades traités sont en 1922 pour deux tiers indigents. Cette coopération semble porter ses fruits, le nombre de tuberculeux parmi les assistés permanents du bureau de bienfaisance connaissant une décrue spectaculaire et continue durant l'entre-deux-guerres⁶⁵. La lutte contre la syphilis atteint aussi son apogée, avec un renouveau des approches prophylactiques et thérapeutiques. En quelques années, Lyon se couvre ainsi de dispensaires antivénériens, consacrés par la circulaire ministérielle d'août 1926⁶⁶ : créés à l'instigation du bureau d'hygiène en 1927, du dispensaire général et du dispensaire d'hygiène sociale en 1928, on en compte au moins un par arrondissement à partir de 1930. Les nouveaux dépistages, souvent gratuits, bénéficient à la population indigente.

L'hygiène sociale s'impose également *via* les grandes organisations américaines qui s'implantent en France, et en particulier à Lyon (Croix-Rouge américaine et Mission Rockefeller en 1917 ; création d'une Fondation franco-américaine pour l'enfance en 1919). Important de nouvelles méthodes de travail social, finançant et formant largement le corps nouveau des visiteuses de l'enfance et de la tuberculose, ces structures jouent un rôle d'impulsion considérable dans la professionnalisation du travail social (consacrée

⁶² Sur l'histoire de la syphilis, voir C. QUETEL, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Paris, Seghers, 1986.

⁶³ M. SEGALA, « Prophylaxie des maladies vénériennes à Lyon, 1870-1938 », mémoire de maîtrise sous la direction d'O. Faure, Lyon III, 1996.

⁶⁴ Voir L. MURARD et P. ZYLBERMAN, *L'administration sanitaire en France dans l'entre-deux-guerres. Le ministère de l'Hygiène, création et action*, rapport MiRe-INSERM, septembre 1996.

⁶⁵ 950 (sur 3.700 assistés) en 1921, 734 (sur 1.850) en 1923, 317 (sur 1.170) en 1928, 68 (sur 1.650) en 1932, 8 (sur 1.600) en 1936, aucun après 1942.

⁶⁶ M. SEGALA, mémoire cité.

par trois diplômes successifs en 1922, 1932 et 1938⁶⁷), le développement de la protection maternelle et infantile, l'éducation populaire à l'hygiène⁶⁸. À Lyon, leur action est épaulée par le maire, Edouard Herriot, particulièrement sensible à la politique nataliste, l'aide aux mères et à la petite enfance (développement des crèches, création en 1917 de l'Œuvre de la natalité Lyonnaise, en 1919 d'une Maison des mères, etc.).

Face à cette sanitarisation poussée du social, les structures traditionnelles peinent à se positionner. Les œuvres caritatives, déjà bousculées par les lois d'assistance et de Séparation, sont en partie remises en cause par les exigences nouvelles en matière d'hygiène et la concurrence faite sur des terrains qui leur étaient familiers (visite aux pauvres, aide à l'enfance, bénévolat). Car « désormais, le professionnalisme l'emporte sur le dévouement militant [...]. Le service social se définit alors comme un métier et non plus comme un acte de foi témoignant de la compassion chrétienne à l'égard des plus démunis⁶⁹ ». Les plus traditionnelles entrent alors dans une phase de déclin numérique, tandis que d'autres parviennent à s'adapter par professionnalisation (médicalisation des structures, départ des religieuses, etc.). Le bureau de bienfaisance choisit quant à lui d'opérer un recentrage hors de sa fonction médicale, laquelle avait pourtant motivé sa relance au début des années 1880 puis conforté son existence légale à partir de 1893. Alors que le nombre d'assistés à domicile se réduit drastiquement, le bureau s'engage en effet dans une vaste politique de construction de logements gratuits pour personnes âgées – en particulier destinés aux couples, qu'il s'agit de ne pas séparer à l'âge de la dépendance. Le premier terrain est acquis fin 1923 à la Guillotière ; en 1937, quatre arrondissements sont déjà dotés d'immeubles.

La crise des années 1930, ou le regain des approches sociales

Si la professionnalisation et la sanitarisation du social ne sont pas remises en cause, et si la prévoyance et l'assurance s'imposent bien dans l'entre-deux-guerres, l'assistance n'en retrouve pas moins, avec la crise des années 1930 puis l'Occupation, une nouvelle raison d'être.

D'abord, par une explosion des aides sociales légales, et en particulier des pensions versées aux vieillards, infirmes et incurables. Ne pouvant plus trouver de menus travaux en période de restriction drastique du marché du travail, ceux-ci se retournent en effet massivement vers l'assistance entre 1930 et 1934.

Le bureau de bienfaisance tente également de répondre aux urgences de la crise. De 1931 à 1938, des sommes considérables sont ainsi débloquentées en faveur des ouvriers victimes du chômage : secours de loyer aux « familles dignes d'intérêt et menacées d'expulsion », à la demande du maire qui craint la fermentation de mouvements sociaux⁷⁰ ; distributions de lait aux familles avec enfants en bas âge, de vêtements et de charbon, aides aux cantines scolaires, aux œuvres envoyant des enfants défavorisés en vacances, etc. Le bureau de bienfaisance est aussi utilisé comme auxiliaire à peu de frais des pouvoirs publics, nationaux

⁶⁷ En 1922, création du diplôme d'Etat d'infirmière ; en 1932, du diplôme d'Etat d'assistante sociale ; en 1938, séparation des professions d'infirmière (sanitaire) et d'assistante sociale (social).

⁶⁸ Sur les débuts du travail social, voir notamment E. DIELBOLT, *Les femmes dans l'action sanitaire, sociale et culturelle, 1901-2001. Les associations face aux institutions*, Paris, Femmes et associations, 2001 et R.-H. GUERRAND et M.-A. RUPP, *Brève histoire du service social en France, 1896-1976*, Toulouse, Privat, 1978.

⁶⁹ B. ANGLERAUD, *Lyon et ses pauvres*, Paris, L'Harmattan, 2011, p. 248 et 304.

⁷⁰ AML, Bureau de bienfaisance, 1894 WP 030, séance du 26 juin 1931.

comme municipaux : prise en charge des chômeurs assujettis aux assurances sociales et qui, n'ayant pas cotisé depuis plus de quatre mois, se trouvent radiés des soins médicaux et pharmaceutiques, ainsi que des bénéficiaires de l'assistance obligatoire, radiés en 1933 des allocations-chômage ; instrumentalisation comme prête-nom par la ville pour l'aide aux chômeurs en fin de droits⁷¹, etc.

Enfin, alors qu'elles tendaient à décliner dans les années 1920, les œuvres caritatives apparaissent conjonctuellement revigorées par la crise. Les Hospitaliers-Veilleurs comme l'Entraide protestante témoignent ainsi d'un regain d'activité, sollicités pour des demandes très traditionnelles auxquelles ils ont coutume de répondre (distributions alimentaires, vestimentaires, de charbon, placements professionnels, etc.).

La Seconde Guerre mondiale, ou l'assistance sous tutelle

Il est plus difficile d'appréhender l'assistance durant la Seconde Guerre mondiale : à Lyon, les archives du Secours national comme celles du bureau d'assistance n'ont pas été conservées. Certains traits apparaissent toutefois saillants.

La politique d'assistance du régime de Vichy hésite entre renouveau, tradition et *statu quo*. Le système mis en place sous la III^e République est largement laissé intact, la principale modification résidant dans la création, le 14 mars 1941, de l'Allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), accordée aux travailleurs français sans ressources suffisantes pour subsister, âgés de 65 ans et plus⁷². Mais réservée aux anciens salariés, elle implique pour les autres le maintien de l'assistance obligatoire, qui donne droit à des prestations deux fois moindres et pour le moins dérisoires : 200 F par mois en 1943, alors que l'assistance aux femmes en couches est alors de 22,5 F *par jour* et le prix du pain de plus de 3 F... Ce n'est qu'en juin 1943 qu'est autorisé le cumul des allocations AVTS et de l'assistance prévue par la loi de 1905. Les mesures apparaissent en revanche inédites du côté des œuvres, avec la réactivation dès 1939 du Secours national, dans un rôle cette fois idéologique et pratique, monopolistique et coercitif⁷³. Comme dans nombre de villes, il chapeaute à Lyon à partir de novembre 1940, dans chaque arrondissement, un « comité de coordination des œuvres d'assistance et de bienfaisance » où les organisations non dissoutes par le régime peuvent être représentées. Outre le contrôle des actions de terrain et des quantités allouées à chaque œuvre, ses actions semblent principalement d'ordre alimentaire (création de « centres de réconfort ») et vestimentaire (vestiaires).

De fait, la période de l'Occupation est fortement marquée par les pénuries, qui touchent en particulier les plus démunis : personnes âgées isolées, déjà fragilisées, aux forces insuffisantes pour supporter les heures de queue ou les trajets imposés pour l'accès aux marchés noir et gris⁷⁴ ; résidents des collectivités

⁷¹ Si les chômeurs de moins de 180 jours sont pris en charge par l'Etat, ceux en fin de droits passent à la charge de la ville, sauf si le bureau de bienfaisance y subvient ; auquel cas l'Etat poursuit sa contribution, cette fois partielle, à hauteur de 50% des sommes versées. Ayant perçu le bénéfice à en tirer, les villes tentent donc de se décharger sur les bureaux de bienfaisance... A Lyon, après tensions, le bureau sert finalement de prête-nom à la ville qui fait les avances de fonds.

⁷² Sur cette question, voir J.-P. LE CROM, « De la philanthropie à l'action humanitaire », in : P.-J. HESSE et J.-P. LE CROM (dir.), *La protection sociale sous le régime de Vichy*, op. cit, p. 183-236.

⁷³ *Ibid.* Le Secours national était une création de la Grande Guerre.

⁷⁴ Voir L. BONNET, *Les conséquences de la pénurie alimentaire à Lyon, 1940-1947*, mémoire de maîtrise sous la

fermées (hôpitaux psychiatriques⁷⁵, prisons) ou semi-fermées (asiles de vieillards, couvents), déjà vulnérables et condamnées aux « rations de mort lente⁷⁶ » déterminées par les cartes officielles. La municipalité lyonnaise ne reste pas inactive : elle soutient la création de « centres de réconfort » proposant aux indigents, en particulier âgés, des repas gratuits ou à prix modique ; quatorze restaurants sont ainsi opérationnels dès juillet 1940. En 1944, elle fait ouvrir un quatrième restaurant municipal gratuit pour « mères nourrices » (i.e. allaitantes) et femmes enceintes. Elle aide aussi les cantines scolaires et les œuvres pour l'enfance, crée en 1943 un internat municipal au domaine de Tourvielle puis l'année suivante un pavillon de 30 places dans l'internat Adophe Favre, spécifiquement destiné aux jeunes enfants orphelins ou de familles nécessiteuses âgés de trois à cinq ans. Elle développe les ouvriers pour femmes.

Enfin, ces actions sont complétées par celles du bureau de bienfaisance, qui s'appuie sur un retour à la prospérité financière – principalement due au bon rendement de la taxe sur les spectacles et, côté dépenses, à l'arrêt forcé des constructions pour personnes âgées. Le bureau ne procure toutefois qu'une aide complémentaire pour personnes en grande difficulté sociale : début 1944, sur 4.180 assistés, 6% ne reçoivent que les secours du bureau, 45% également l'assistance obligatoire et 49% l'AVTS⁷⁷. Comme les décennies précédentes, du bois est fourni l'hiver, à défaut de bons de charbon rationnés. Le bureau se montre également généreux en doublant les secours d'hiver à partir de 1940-1941, en alignant les secours d'été (à taux réduits) sur ceux des autres mois et en accordant généreusement ses subventions aux associations.

La consécration de l'hygiène sociale durant l'entre-deux-guerres déplace donc plus encore vers le sanitaire le curseur de l'action sociale, tandis que se densifie l'écheveau d'actions nationales et locales, privées et publiques. La matrice de « l'action sanitaire et sociale » est désormais posée, semblant cantonner l'assistance traditionnelle au rang d'oripeau républicain. Car si la politique de santé publique mise en place durant la Grande Guerre peut sembler disparaître au profit d'actions locales⁷⁸, elle n'en reste pas moins, comme à Lyon, extrêmement vivace. L'assistance reste cependant toujours nécessaire aux plus démunis, et connaît un nouvel essor avec la crise des années 1930 puis les difficultés de l'Occupation.

DES POCHEs DE VULNÉRABILITÉ DANS LA PROSPÉRITÉ (1945-1975)

Avec la création de la Sécurité sociale en 1945, l'assistance semble plus que jamais ravalée au rang de vestige voué à disparaître⁷⁹. Or cette mort annoncée paraît rapidement illusoire : durant cette période, les dépenses d'assistance légale connaissent une croissance aussi vertigineuse qu'inégale⁸⁰. De fait, les

direction d'I. von Bueltzingsloewen, Lyon 2, 2003.

⁷⁵ I. VON BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007.

⁷⁶ L. BONNET, *Les conséquences...*, op. cit., p. 99.

⁷⁷ Sur l'Allocation aux vieux travailleurs salariés, voir supra.

⁷⁸ C'est la thèse posée par V. VIET, article cité.

⁷⁹ C. BEC, *L'assistance en démocratie...*, op. cit.

⁸⁰ À Lyon, après un pic conjoncturel en 1934 (équivalent à 26,8 millions d'euros aujourd'hui) puis un creux jusqu'en 1948 (équivalent de 8,8 millions d'euros), les dépenses d'assistance légale supportées par la municipalité atteignent

fameuses « Trente glorieuses » sont loin d'être glorieuses pour tous : personnes âgées, travailleurs immigrés, « quart-monde » pauvre de génération en génération, handicapés physiques et mentaux connaissent en particulier des conditions de vie toujours difficiles, voire dramatiques⁸¹. Ces trente années peuvent être scindées en deux temps : de 1945 au milieu des années 1950, une lente sortie des difficultés post-conflit et une juxtaposition de réformes ; jusqu'en 1975 ensuite, un regard principalement tourné vers les personnes âgées et les mal-logés (pour beaucoup immigrés) – soit, à nouveau, deux types de publics en double difficulté sociale et sanitaire.

Un patchwork de mesures (1945-1955)

Il s'agit d'abord de solder les séquelles de la guerre : alors que le rationnement et l'Entraide française⁸² perdurent jusqu'en 1949, les modalités d'action (centres de réconfort) et les publics aidés témoignent aussi de la persistance des difficultés (enfants ayant souffert des combats et des pénuries, poursuite de la lutte contre la tuberculose et la syphilis, etc.). Outre la revalorisation régulière des allocations, nécessaire en contexte d'inflation galopante, cette décennie n'est pas exempte de mesures, lesquelles conduisent à une lente refonte du système assistantiel.

D'une part, en faveur des handicapés : la loi du 2 août 1949 institue une protection sociale spécifique pour les aveugles et grands infirmes de plus de 15 ans. Le plafond de ressources est égal à celui de l'allocation pour personnes dites « économiquement faibles » (soit supérieur à l'assistance obligatoire instaurée par la loi de 1905, pour permettre une plus large couverture) et la pension égale à l'AVTS. La mesure apparaît ainsi comme le pendant, à huit années d'intervalle, de l'AVTS pour les vieillards. A l'inverse toutefois de l'AVTS, conçue à l'origine pour sortir les personnes âgées du marché du travail, cette loi se veut une allocation complémentaire encourageant les handicapés à travailler. Elle connaît – du moins à Lyon – un succès rapide.

D'autre part et surtout, en faveur des personnes âgées. Les mesures destinées à étendre la couverture sociale se multiplient : entre 1945 et 1952, pas moins de cinq nouvelles allocations sont créées⁸³, unifiées dans la loi du 30 juin 1956 donnant naissance au fameux « minimum vieillesse » – qui concerne alors 4,5 millions de personnes, soit 90% des plus de 65 ans⁸⁴, illustrant autant l'effort de la nation en faveur de « ses vieux » que l'ampleur des besoins des personnes âgées.

Enfin, « l'assistance » disparaît en 1953 au profit de « l'aide sociale », avec le décret du 29 novembre scellant la fusion des bureaux de bienfaisance et d'assistance en « bureaux de bienfaisance et d'aide sociale », rapidement simplement appelés « bureaux d'aide sociale » (BAS). Les activités sont désormais réparties en quatre sections : aide sociale aux personnes âgées, aux aveugles et grands infirmes, aux familles dont les soutiens effectuent leur service militaire, aide médicale. Les décrets d'application de juin et novembre 1954

en 1978 l'équivalent de 43,4 millions d'euros.

⁸¹ Plus largement, la France compte alors des millions d'« exclus », selon la conception très extensive que donne alors R. LENOIR dans *Les exclus. Un Français sur dix*, Paris, Le Seuil, 1974.

⁸² L'Entraide française est une structure créée en 1944 pour prendre le relais du Secours national, discrédité par son inféodation au régime de Vichy.

⁸³ H. CHAPUT, K. JULIENNE et M. LELIEVRE, « L'aide à la vieillesse pauvre : la construction du minimum vieillesse », *Revue française des Affaires sociales*, 2007(1), p. 57-83.

⁸⁴ E. FELLER, *Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960. Du vieillard au retraité*, Paris, Seli Arslan, 2005.

suppriment l'assistance obligatoire (loi de 1905), mais non l'aide médicale gratuite (loi de 1893) et l'aide sociale aux grands infirmes ; ils donnent par ailleurs un pouvoir accru à ces bureaux (dévolution de « la création de crèches, pouponnières, garderies d'enfants, foyers de vieillards, restaurants d'entraide, ateliers d'assistance par le travail et la création de services sociaux et permanences sociales⁸⁵ »...), aux dépens des municipalités qui, perdant le contrôle de l'instruction des demandes, se considèrent comme toujours tenues de payer mais désormais dépossédés de pouvoir décisionnel⁸⁶.

Le renouveau marque aussi les œuvres : en 1945 sont créés le Secours catholique, le Secours populaire et les Petits frères des Pauvres, puis Emmaüs (1949) et ATD-Quart-monde (1961). Soucieuses de répondre aux difficultés sociales de l'après-guerre (pauvreté des personnes âgées, crise du logement,...), aux approches plus modernes tout en restant presque toutes de matrice confessionnelle, elles dominent rapidement le monde caritatif. Leur (lent) développement n'empêche pas l'émergence d'associations plus locales, ainsi à Lyon avec la création fin 1950 du Foyer Notre-Dame des sans-abri, rapidement hégémonique.

Un consensus sur l'aide aux personnes âgées (1955-1975)

Les personnes âgées font rapidement l'objet d'un consensus social, avec l'idée d'une exclusion imméritée de la prospérité qu'elles ont pourtant contribué à forger. De fait en 1950, selon une enquête INSEE, environ 40% vivent « modestement » et la même proportion « misérablement⁸⁷ » ; au début des années 1970, le BAS de Lyon souligne toujours la « situation de plus en plus difficile des personnes âgées, dont l'augmentation des allocations apparaît largement rognée par l'inflation⁸⁸. » En fait, la pauvreté concerne surtout celles n'ayant jamais cotisé ; pour les autres, la situation s'améliore à partir du milieu des années 1960, conjonction de la multiplication des dispositifs sociaux, d'une importante revalorisation des pensions⁸⁹ et d'un accès croissant aux retraites.

À Lyon, ceux qu'on appelle alors « les vieux » suscitent ainsi la préoccupation quasi exclusive du BAS, absorbant des budgets considérables. Outre la relance des centres de réconfort, destinés aux plus précaires (environ 250.000 repas servis par an au milieu des années 1950, 405.000 en 1975), le BAS poursuit ses traditionnelles fournitures en combustibles et en vêtements, ainsi que ses secours ponctuels en argent. Il affiche aussi des actions plus novatrices, telle que l'aide au lavage des draps et linges par exemple. Sous pression et avec l'aide de la mairie, il continue les constructions de logements à grande échelle (au total, 31 résidences pour personnes âgées construites en 1977, avec installation dans chacune d'un centre médico-social et d'un foyer-restaurant). Avant-gardistes, ces constructions préfigurent les préconisations du rapport Laroque de 1962 et la politique française de maintien à domicile ; elles provoquent aussi une inflation de personnel et absorbent une part considérable du budget.

Parallèlement, le BAS reste en charge des aides sociales légales, dont les personnes âgées sont les principales bénéficiaires. En hausse vertigineuse, ces aides pèsent fortement sur le budget municipal –

⁸⁵ Décret d'application du 11 juin 1954, article 4.

⁸⁶ AML, conseil municipal, séance du 29 novembre 1954.

⁸⁷ Enquête citée par E. FELLER, *Histoire de la vieillesse...*, *op. cit.*

⁸⁸ AML, 1881 WP 005, registres du bureau d'aide sociale, séance du 22/01/1971.

⁸⁹ Le minimum vieillesse passe ainsi, entre 1963 et le début des années 1980, d'un équivalent de 75 à 320 euros.

conséquence de la hausse des prix de journée dans les hôpitaux lyonnais, qui engendre un recours accru à l'aide médicale à domicile, et des « difficultés qu'éprouvent la plupart des personnes âgées pour subsister, [ce qui] provoque une augmentation considérable des demandes d'admission en hospice et des demandes d'allocations d'aide sociale, augmentation motivée également par le relèvement récent des plafonds de ressources »⁹⁰. Ajoutée à la hausse des demandes d'aide facultative et au surcroît de travail occasionné par les résidences sociales, cette inflation submerge le BAS de Lyon, en situation d'aisance financière mais doté de faibles moyens logistiques et humains. Décision est donc prise en 1962 de recruter du personnel supplémentaire, qui passe de 48 employés en 1960 à 136 en 1970.

Enfin, la mobilisation est également intense dans le monde associatif, qu'il s'agisse d'associations spécialisées (au niveau national, Petits frères des Pauvres ou Association d'Entraide à la vieillesse ; à Lyon, Fondation Ozanam pour les vieillards, Association d'aide aux vieillards, Fédération des foyers-restaurants, etc.) ou généralistes (Secours catholique, Secours populaire,...). La cause est consensuelle : selon un sondage IFOP en 1975, la situation du troisième âge reste la seconde préoccupation des Français. C'est dans ce cadre qu'est lancée en 1951 la « Journée des vieillards », gérée par un comité national d'entente composé des principales associations et coordonnée par l'UNIOPSS⁹¹ ; elle devient dans les années 1960 « semaine nationale des vieillards » puis dans les années 1970 « semaine nationale des retraités et des personnes âgées et de leurs associations », pour enfin devenir en 1977 la « semaine bleue » qu'elle reste toujours aujourd'hui.

Derrière la crise du logement, les immigrés

Les mobilisations sont également importantes face à la crise du logement. Si sur la question des sans domicile fixe les pouvoirs publics se défaussent largement sur les œuvres privées, la question se pose davantage face aux habitats de fortune, véritable enjeu urbain, qui concernent principalement les travailleurs immigrés seuls puis, rapidement, accompagnés de leurs familles.

Ces travailleurs sont aussi vulnérables socialement que fragilisés au plan sanitaire : occupant des emplois sous-qualifiés, difficiles et peu rémunérés, ils s'imposent de surcroît des privations de tous ordres (alimentaires, de santé, de logement, etc.) pour envoyer un maximum d'argent au pays. Ignorés du BAS, ils sont surtout aidés – mais aussi contrôlés – dans le domaine du logement : création en 1956 de la SONACOTRAL, devenue en 1963 SONACOTRA⁹² ; en 1952 du Fonds d'action sanitaire et sociale, devenu en 1958 FAS ; en 1964 loi Debré de lutte contre les bidonvilles⁹³, etc. Cet accompagnement s'effectue surtout au niveau départemental et, à Lyon, par des associations subventionnées, tels la Maison de l'Afrique du Nord (pluralité de services, de l'accueil au conseil professionnel *via* des consultations médicales), le Centre d'accueil de la Part-Dieu et de la Doua (foyers-dortoirs), la Maison du travailleur étranger (centres

⁹⁰ AML, 1881 WP 005, registres du bureau d'aide sociale, séance du 22/01/1971.

⁹¹ Union nationale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales, créé en 1947 pour coordonner les œuvres sanitaires et sociales françaises et servir d'intermédiaire auprès des pouvoirs publics.

⁹² Sur l'histoire de la SONACOTRA, voir C. HMED, *Loger les étrangers 'isolés' en France. Socio-histoire d'une institution d'Etat : la Sonacotra (1956-2006)*, thèse de doctorat en science politique, université Paris I, 2006 ; M. BERNARDOT, *Une politique de logement : la Sonacotra, 1956-1992*, thèse de doctorat en sociologie, université Paris I, 1997 et sa parution en ouvrage, *Loger les immigrés. La Sonacotra, 1956-1992*, Paris, Editions du Croquant, 2008.

⁹³ M.-C. BLANC-CHALEARD, *Des bidonvilles à la ville. Migrants des Trente glorieuses et résorptions en région parisienne*, Mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches, Paris I, novembre 2008, mémoire inédit.

d'hébergement), le Foyer Notre-Dame des sans-abris (hébergement d'urgence et structures adaptées), ou encore le Cimade (aide juridique et médicale⁹⁴).

L'appel de l'abbé Pierre en février 1954 fait aussi prendre conscience du problème des familles. Si les Français parviennent à trouver un logis au fur et à mesure que se résorbe la crise du logement, les immigrés restent jusqu'au milieu des années 1970 laissés-pour-compte, notamment exclus sinon *de jure*, du moins *de facto*, du logement social. À Lyon, le Foyer Notre-Dame des sans-abris joue, avec le soutien de la municipalité et du département, un rôle majeur dans la résorption des bidonvilles et/puis de l'habitat insalubre, où vulnérabilités sociales et sanitaires des familles s'entretiennent ; il crée ainsi des cités de transit et des logements en dur, et développe l'accompagnement social bénévole et professionnel. Doté en 1972 d'une société anonyme d'HLM, le Foyer a déjà construit, au milieu des années 1970, plus de 1.500 logements.

Après-guerre, la double vulnérabilité reste donc un socle prégnant des politiques d'assistance. Ce socle n'est toutefois plus exclusif, signe d'un important changement des mentalités : s'ils coexistent toujours pour partie, les pôles social et sanitaire s'autonomisent parallèlement. Côté social en effet, la création en 1958 de l'assurance-chômage constitue, pour la première fois, une aide d'Etat non conditionnée à la vulnérabilité sanitaire. Inversement, la floraison dans les années 1960 d'associations dans le domaine du handicap, qu'il soit physique ou mental, conduit à la reconnaissance par les pouvoirs publics de la vulnérabilité sanitaire indépendamment de la précarité sociale (loi de 1975 sur le handicap). Pour autant, l'écheveau vertical et horizontal de la solidarité structure toujours les politiques d'assistance : pour les personnes âgées, les mal-logés ou les handicapés, face à la faiblesse et aux lenteurs de l'assistance d'Etat, l'action des pouvoirs publics locaux et des associations reste nécessaire – en amont, en aval et dans les interstices des mesures nationales.

Conclusion

Le milieu des années 1970 fait ensuite césure. Alors que les immigrés accèdent peu à peu au logement social, que les lois sur le handicap et les centres d'hébergement sont votées en 1975, et que les personnes âgées paraissent globalement sorties de la pauvreté, le chômage entame son inexorable croissance, la société salariale fordiste se déstructure⁹⁵, les frontières se ferment. La rupture est aussi symbolique, avec le décès de nombreux fondateurs associatifs de l'après-guerre et l'arrivée de nouvelles générations.

Pourtant, avec la crise, l'assistance devenue « aide sociale » reste plus que jamais un tissage complexe et multiforme, verticalement comme horizontalement, de niveaux, de rivalités, de coopérations et de complémentarités – entre action publique, parapublique et privée, nationale et plus locale. Alors que les pouvoirs publics locaux continuent de tisser des filets de sécurité entre les mailles de la solidarité nationale, jamais au XXe siècle les « œuvres », aujourd'hui appelées « associations de solidarité » ou « humanitaires », n'ont été aussi visibles, tant dans leur rôle de lobby que dans leur médiatisation. La France incarne bien,

⁹⁴ Voir Archives départementales du Rhône, fonds 248 W.

⁹⁵ R. CASTEL, *Les métamorphoses...*, *op. cit.*

comme les pays anglo-saxons et l'Allemagne, la « *mixed economy of welfare* » progressivement construite depuis la fin du XIXe siècle.

Dans le traitement des vulnérabilités, après une phase structurante de profonde imbrication analysée dans cet article, l'autonomisation des pôles social et sanitaire, dont les linéaments sont posés avec le diplôme d'Etat d'assistante sociale de 1938 puis peu à peu développés après-guerre, ne s'en poursuit pas moins également. L'adoption en 1988 du RMI, revenu minimum d'insertion destiné à tous les pauvres et précaires quelle que soit leur situation sanitaire, en est la plus belle illustration. Pour autant, si elles ne sont plus politiquement indissociables, ces deux vulnérabilités restent aujourd'hui encore profondément intriquées : être pauvre reste toujours un facteur aggravant de vulnérabilité sanitaire, et inversement. La tuberculose ressurgit chez les plus démunis, on dénonce le saturnisme des mal-logés et l'on découvre l'existence des troubles psychiques des SDF – non qu'ils soient nouveaux, mais faute de s'en être préoccupé avant. Les difficultés d'accès aux soins des couches précaires sont un problème national et européen. Dès lors, bien des mesures et des associations continuent à les traiter conjointement.

Cette construction de la solidarité républicaine sous condition de double vulnérabilité, qui a longtemps, explicitement ou tacitement, visé à écarter les « mauvais pauvres », est un profond révélateur des mentalités. De même, on reste interdit devant les misérables pensions versées jusqu'aux années 1960 : s'il est aujourd'hui difficile de *vivre* de l'aide sociale, il n'était avant parfois pas même possible d'en *survivre* – et ce, en vertu autant du principe de subsidiarité consacrant le primat des solidarités familiales, que des vieux reliquats de prévention envers les prétendus « mauvais pauvres », faisant de la faiblesse des allocations un dogme socio-politique. En ce sens, pour reprendre une phrase du grand homme et historien Geremek, « on est [bien] en droit de juger les sociétés par leurs exclus⁹⁶ ».

⁹⁶ B. GEREMEK, *Histoire sociale : exclusions et solidarité. Leçon inaugurale au collège de France*, Paris, Éditions du Collège de France, 1993, p. 15.