

La construction de l'État social à la française : entre local et national (XIX^e et XX^e siècles)

Formation of the French Model of the Welfare State : the Local and National Levels, 19th-20th Centuries

La construcción del Estado social a la francesa : entre lo local y lo nacional (Siglos XIX y XX)

Gilles Pollet

Numéro 33, printemps 1995

Généalogies de l'État-providence

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/005216ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/005216ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (imprimé)

1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pollet, G. (1995). La construction de l'État social à la française : entre local et national (XIX^e et XX^e siècles). *Lien social et Politiques*, (33), 115–131.
<https://doi.org/10.7202/005216ar>

Résumé de l'article

L'analyse de la lente construction de l'État social à la française montre des déplacements et ajustements successifs entre différents niveaux et modes territoriaux d'action publique. Au sortir de la Révolution et pour près d'un siècle, les initiatives locales dominent un système d'interventions sociales qui n'est pas encore stabilisé. On assiste ensuite, sous la Troisième République, tout à la fois à l'affirmation du référent territorial, en particulier à travers l'assistance publique, et à l'émergence d'une première législation nationale d'assurance sociale qui impose un premier passage du territoire au secteur. Après le premier conflit mondial, les intérêts sectoriels ont tendance à l'emporter, bien que la nationalisation et la généralisation du système de protection sociale par les assurances sociales puis la sécurité sociale n'évacuent pas les enjeux et les ajustements locaux.

La construction de l'État social à la française : entre local et national (XIX^e et XX^e siècles)

Gilles Pollet

En questionnant le rapport entre national et local dans les phases successives d'édification du modèle français de protection sociale, on ne peut qu'être d'accord avec Albert Mabileau lorsqu'il déclare : « On a mal compris la relation entre l'identité locale et le processus de nationalisation. La communauté locale dans ses aspects identitaires n'a pas été détruite par la prévalence de l'identité nationale. Il existe entre elles des rapports de complémentarité plus que de contradiction » (Mabileau, 1993 : 24). Toutefois, force est de constater que les politistes et sociologues français ont plutôt insisté jusque-là sur les luttes concurrentielles entre niveaux de pouvoir et sur les capacités de résistance des périphéries à l'hégémonie du pouvoir central (Grémion, 1976 ; Mabileau, 1985).

Or, l'analyse de la lente construction de l'État social — ou État-providence — à la française semble représenter un bon laboratoire pour tenter de saisir finement ces imbrications, ajustements et déplacements successifs et sédimentaires entre différents niveaux et modes d'action publique territoriaux. On peut ainsi distinguer des séquences chronologiques pendant lesquelles les relations entre le national et le local, le centre et les périphéries, ou encore l'État et les communes, ont évolué sensiblement, scandant ainsi les grandes étapes de notre dispositif de protection sociale. Il apparaît alors que le modèle français d'État social s'est développé par phases successives tout en croisant plusieurs axes idéologiques à l'intérieur desquels le poids respectif du local et du national doit être réévalué.

On fera l'hypothèse que ces moments charnières s'éclairent en

particulier à la lumière de la configuration des rapports politiques et sociaux ainsi que du cadre institutionnel dans lequel ils s'exercent. Ils illustreraient l'accès des différents acteurs concernés à une représentation au sein du débat politique, mais aussi et surtout l'état des relations entre l'appareil d'État et les représentants des intérêts sectoriels et locaux, lors de chacune de ces étapes (Skocpol, 1993).

Au sortir du choc révolutionnaire, et pour près d'un siècle, les initiatives et réalisations locales semblent dominer un système d'interventions sociales qui n'est pas encore véritablement stabilisé et où les compétences territoriales restent assez mal définies et mouvantes. Par la suite, avec la III^e République, on assiste tout à la fois à l'affirmation du référent territorial, en particulier à travers l'assistance publique, et à l'émergence d'une législation nationale d'assurance sociale qui



impose un premier passage du territoire au secteur. Après le premier conflit mondial enfin, les intérêts sectoriels, voire corporatistes, semblent l'emporter, bien que les tentatives de nationalisation et de généralisation du système, par le biais des assurances sociales puis de la sécurité sociale, n'évacuent pas les enjeux et les ajustements locaux les plus divers.

L'enchevêtrement des compétences et le poids des initiatives locales (1789-1880)

Les principes révolutionnaires et la sécularisation du référent territorial (1789-1800)

La suppression des corporations, à travers la loi Le Chapelier du 14 juin 1791, vient achever le bouleversement de l'ordre social d'Ancien Régime, déjà passablement ébranlé par l'abolition des

privileges et la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. L'objectif des révolutionnaires est alors tout à la fois de démocratiser le système politique, qui est à caractère absolutiste, et de libéraliser la structure sociale, qui reste d'essence féodale (Rosanvallon, 1990). Mais le processus révolutionnaire, qui affirme les libertés individuelles et refuse toute représentation des intérêts privés, laisse des citoyens seuls debout face à l'État. Il s'agit, à travers la destruction des privilèges et des corps intermédiaires, d'abolir tout ce qui peut créer une dépendance d'homme à homme. Dans la même logique, la volonté laïcisatrice des révolutionnaires vise à rompre définitivement avec l'ancien ordre politique et social. Il reste toutefois à envisager le sort des plus démunis dans le cadre de ce nouveau système.

Ainsi, avec le décret de novembre 1789, les biens de l'Église sont mis à la disposition de la nation, à charge pour l'État de pourvoir au soulagement des pauvres. L'idée du transfert de la protection sociale de l'Église vers l'État, autrement dit la sécularisation de l'assistance, est ainsi au cœur du processus révolutionnaire. À côté de leurs droits civils et politiques, les hommes de 1789 désirent en effet accorder aux nouveaux citoyens libres des droits sociaux, des droits de créance sur la société.

L'État de droit qu'ils veulent instaurer est aussi par définition un État protecteur qui a pour mission de sauvegarder les libertés fondamentales mais également de venir au secours des individus en situation de détresse. La création d'une véritable société civile impose en effet l'existence d'une association humaine dont personne ne soit de fait exclu. Le Comité de mendicité, créé en janvier 1790 dans le cadre de l'Assemblée constituante, peut ainsi traiter la question de la pauvreté comme un problème constitu-

tionnel. La constitution de 1791 reprend d'ailleurs les principes du droit à l'assistance et de l'obligation pour la société de l'exercer, entérinant l'idée de la création d'un établissement général de secours public pour assister les enfants abandonnés et les pauvres infirmes et fournir du travail aux pauvres valides, sans vraiment proposer d'autres réalisations concrètes. Le modèle anglais qui consiste à confier la charge des secours aux municipalités a en effet assez vite été écarté par le comité. Les lois du 19 mars 1793 et du 22 floréal an II esquissent tout de même un nouveau système organisant l'assistance publique, qui repose sur le financement public et l'égalité de traitement sur tout le territoire. Les secours aux indigents constituent alors une dette nationale et les fonds nécessaires doivent être votés annuellement et répartis selon les départements et les besoins (Gueslin, 1992).

L'assistance publique reste de nature communale mais les références purement religieuses aux communautés de base telle la paroisse s'estompent, comme le montre la désignation plus individualiste du domicile de secours édictée notamment par les révolutionnaires de l'An II. Chaque individu se voit attribuer à sa naissance un domicile de secours sur le lieu même où il est né, et la référence familiale disparaît devant l'appartenance communautaire de base ou de résidence. En effet, le lieu d'habitation devient également un moyen d'acquérir un domicile de secours autre que celui de naissance lorsque l'on vient de quitter celui-ci et à condition de résider depuis au moins un an. Ce décret du 24 vendémiaire an II, qui reprend dans ses grandes lignes le projet de 1790, constitue le droit positif en matière d'assistance pour un siècle, jusqu'en 1893. Il place l'ancrage territorial au cœur du dispositif de l'assistance publique moderne.

Dans le même temps, l'ancien système d'assistance à base largement confessionnelle et qui dépendait de l'arbitraire royal est fortement remis en cause puis rapidement démantelé. Le système des dépôts de mendicité institué en 1764 est abandonné dès l'été 1789. Hôpitaux et hospices sont violemment critiqués alors même que leurs ressources se trouvent fortement amoindries à la suite de la dispersion des biens ecclésiastiques et de la suppression des maisons religieuses. La loi du 19 mars 1793 décide enfin de disperser en tant que biens nationaux la totalité du patrimoine des hospices, des hôpitaux et des fondations charitables.

En fait, la situation politique et militaire périlleuse bloque la mise en place du nouveau système d'assistance publique et met les gouvernants dans l'incapacité de trouver les ressources financières nécessaires à sa réalisation. De 1790 à 1795, le désordre le plus complet règne en la matière, rien n'ayant été réalisé en remplacement de l'ancien édifice social, si ce n'est le versement de quelques subsides en direction des établissements hospitaliers en grande difficulté financière.

La Convention précise les mesures réglementaires et, en avril 1793, l'article 21 de la nouvelle Déclaration des droits de l'homme et du citoyen dispose que désormais « les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler ». Quatre textes démontrent la faveur accordée par les conventionnels à l'assistance à domicile par rapport à l'assistance hospitalière, jugée inefficace. Ils prévoient des secours annuels pour plusieurs catégories d'assistés, portés sur un Grand Livre de la bienfaisance nationale devant établir un classe-

ment des différents indigents dont le nombre est fixé par département (1794). Enfin, la Convention tente de nationaliser les biens hospitaliers (Gueslin, 1992).

Cette politique sociale, ambiguë dans ses principes mais limitée dans ses réalisations, est ensuite fortement remise en cause par les hommes du Directoire. Leur politique se caractérise alors surtout par la création des bureaux de bienfaisance (frimaire an V, 1796), qui consacre le secours à domicile et le désengagement de l'État vis-à-vis des collectivités territoriales. Ce sont alors les municipalités, sollicitées par plusieurs décrets, qui vont prendre la relève en gérant directement les biens des anciens établissements charitables, auxquelles elles se substituent finalement, surveillant la commission administrative des hôpitaux et accueillant en leur sein les bureaux de bienfaisance, encore souvent dénommés bureaux de charité comme sous l'Ancien Régime. Ces derniers distribuent des secours publics facultatifs mais peuvent également faire appel à la charité privée.

Mais petit à petit, la dynamique révolutionnaire s'essouffle. Avec le Consulat et l'Empire, on a renoué avec des solutions traditionnelles et, « à partir de 1800, la pratique est de renvoyer les dépenses sociales aux collectivités de base » (Gueslin, 1992 : 67).

Les initiatives ponctuelles des pouvoirs locaux (1800-1830)

Le premier Empire et les restaurations vont respecter ce partage des tâches. L'État central, malgré quelques timides incitations, se décharge le plus souvent de la politique d'assistance et d'hygiène sur le niveau local, et les intérêts sectoriels sont finalement assez peu représentés dans des régimes politiques rigides, très centralisés et assez autoritaires.

Lorsque l'on observe par exemple l'organisation complexe, lente et sédimentaire de l'hygiène et de la santé publiques en France tout au long du premier dix-neuvième siècle, on est frappé par le partage des compétences et des initiatives qui s'effectue entre l'État et les collectivités territoriales. En matière d'hygiène publique, la dynamique générale à l'œuvre au cours du dix-neuvième siècle repose dans un premier temps sur l'organisation progressive, au niveau local, d'institutions consultatives¹.

La première initiative de ce genre remonte au conseil de salubrité publique institué le 6 juillet 1802 dans le département de la Seine. La capitale, symbole de l'insalubrité et de la concentration urbaines, a en effet suscité très tôt l'intérêt et les travaux des hygiénistes. C'est donc logiquement que des remèdes ont été vite proposés, avec en particulier la mise en place de ce premier organisme stable de consultation et de contrôle des questions liées à l'hygiène publique. Ce conseil, du fait de l'administration particulière de la capitale, se trouve toutefois placé sous la dépendance directe du préfet de police de Paris. Par la suite, quelques rares initiatives vont voir le jour sur le modèle parisien, notamment à Lyon et à Grenoble où, dès 1822 et 1835, sont institués des conseils de salubrité à l'initiative des municipalités².

Au-delà de ces exemples spécifiques à quelques grandes villes, les décisions nationales en matière d'hygiène sont seulement circonscrites, dans la première moitié du dix-neuvième siècle, à des initiatives de police sanitaire de deux ordres. On procède tout d'abord à la mise en place de jurys médicaux pour réglementer les professions médicales, comme celles de la pharmacie (loi du 21 germinal an XI et arrêté du 25 thermidor an XI [13 août 1803]) et de la médecine

(loi du 19 ventôse de l'an XI [10 mars 1803]). Ces jurys, installés au chef-lieu de département et chargés également de la police médicale des pharmacies, sont les seules institutions permanentes mises en place par le pouvoir central dans toute la province.

À côté de ces organismes, et après la loi du 16 septembre 1807 sur le « dessèchement des marais », qui pose les premières bases d'un virtuel code d'hygiène publique, les autorités centrales établissent un autre type d'institution locale, les intendances et commissions sanitaires, créées par la législation du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire. Ce sont des institutions localisées et temporaires, justifiées par les risques épidémiques et l'augmentation sensible des échanges économiques avec l'étranger. Elles sont placées sous la surveillance des préfets, veillent en particulier à l'exécution des règlements et arrêtent les décisions qu'exige la santé publique dans les situations d'urgence. Mais la dimension communale reste ici présente puisque la présidence des intendances et des commissions est exercée par le maire des villes où elles siègent. Les municipalités restent également très concernées par la gestion des établissements hospitaliers mais le maire, qui préside la commission, est nommé par le gouvernement jusqu'en 1882.

Sur le plan de la santé publique, on voit émerger localement un système spontané de médecine gratuite situé dans les cantons.

Les exemples allemand et italien, connus par les conquêtes napoléoniennes, jouent certainement un rôle déterminant dans l'introduction des médecins cantonaux en France, et ce n'est pas un hasard si les premiers sont institués en Alsace à l'apogée du Grand Empire [...] Du Bas-Rhin (1820), l'expérience glisse lentement vers les régions voisines. (Faure, 1993 : 151.)



D'un autre côté, si l'on se concentre sur les axes principaux du dispositif assistantiel, on est frappé du rôle des échelons locaux. Ainsi, le poids budgétaire, la fonction gestionnaire et l'organisation quotidienne des secours sont supportés par les collectivités territoriales, départements et surtout communes, mais également par les institutions hospitalières des différentes localités. La catégorie des enfants abandonnés fait par exemple l'objet d'une première intervention législative à travers le décret du 19 janvier 1811, qui prévoit un hospice dépositaire avec un tour, sorte de guichet anonyme permettant l'abandon, dans chaque arrondissement. Les bureaux de bienfaisance ou de charité restent également liés à la municipalité. Depuis 1805, chacun des membres du bureau est choisi par le ministre de l'Intérieur sur une liste de cinq noms proposés par la mairie du lieu. Enfin, du

point de vue de la politique scolaire, une législation oblige les communes à l'entretien d'une école.

Cette tendance, qui voit une certaine complémentarité s'instaurer, dans le dispositif d'hygiène, d'assistance et d'éducation, entre un État central qui impulse et contrôle et des communes qui administrent, s'accroît encore à partir des années 1830.

Entre impulsions centrales et dispositions locales (1830-1870)

Après 1830, la libéralisation progressive du régime l'amène à s'appuyer plus largement sur les notables locaux, puis l'élargissement de la participation politique devient nécessaire à la légitimation de la Monarchie de Juillet (1830-1848), phénomène persistant dans une moindre mesure sous le Second Empire (1851-1870), au moins dans sa phase libérale. À partir de la Deuxième République (1848-1850), la pratique du suffrage universel a d'ailleurs donné une place de choix à la représentation directe ou médiatisée des intérêts individuels et collectifs. Le couple local-national peut alors jouer sur un registre plus élargi et assoupli.

En particulier, la menace directe de l'invasion cholérique lors des épidémies de 1832 et 1849 et l'expérience des intendances sanitaires font prendre conscience à l'État de l'utilité d'instituer des organes consultatifs, en matière d'hygiène publique, sur toute l'étendue du territoire. Alors que la première moitié du dix-neuvième siècle s'est d'abord caractérisée, comme on a pu le voir, par des initiatives successives et ponctuelles des pouvoirs locaux, la période 1830-1848 va être marquée par une volonté d'impulsion constante du pouvoir central, suggérant surtout la création de conseils de salubrité. Mais il faut attendre 1848 pour qu'une organisation institution-

nelle cohérente et régie par l'auto-riété centrale voie le jour.

Le 18 décembre 1848, par décret gouvernemental, un conseil consultatif d'hygiène et de salubrité publique est installé dans chaque arrondissement de la République, sous l'autorité des sous-préfets, et des conseils départementaux sont créés. L'arrêté du 18 décembre 1848 puis la loi du 13 avril 1850, qui créent dans les communes des commissions des logements insalubres et fixent les premières règles modernes de la salubrité publique, constituent une rupture avec les éphémères organes antérieurs. En effet, à la différence des conseils créés à partir de 1830 par les pouvoirs locaux, ces deux institutions émanent directement de l'autorité étatique, plus particulièrement du ministère de l'Agriculture et du Commerce, auquel est rattaché jusqu'en 1889 le service de l'hygiène publique, avant de passer au ministère de l'Intérieur (Paquy, 1993)³. Elles débouchent sur quelques tentatives de l'État impérial de promouvoir la construction de logements ouvriers.

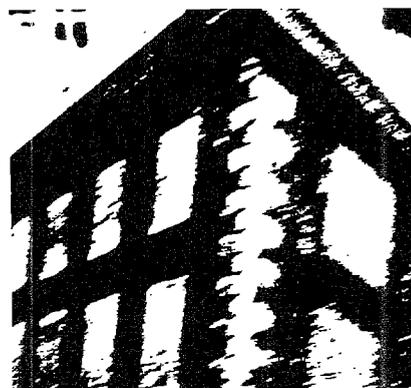
En ce qui concerne la santé publique, la loi de 1851, qui réorganise le système hospitalier, contraint les hôpitaux à admettre, pour les urgences, tous les indigents tombés malades sur le territoire communal. Après plusieurs échecs parlementaires visant à organiser une médecine gratuite dans les campagnes, le pouvoir central se tourne vers des mesures incitatives. Ces dernières tendent à faire reposer la médecine gratuite sur la seule initiative locale. Le Loiret devient ainsi un département pionnier en 1850 en employant, pour soigner les indigents, 64 médecins payés au prorata du nombre des inscrits de leur circonscription (Faure, 1993 : 154). À partir de 1854, on assiste à l'organisation plus générale de services facultatifs, principalement en milieu rural. Le pouvoir central

tente alors de donner une certaine impulsion tout en rassurant les notables, laissant au département la possibilité de faire selon son bon vouloir (Faure, 1984). Ainsi, dans les années 1854-1855, le département de la Gironde met en place un service médical gratuit pour les habitants pauvres des campagnes. Cinq ans plus tard, le budget départemental prévoit une subvention de plus de 24 000 francs aux communes rurales pour ce service médical gratuit (Texier, 1978).

Parallèlement, un certain nombre de dépenses d'assistance sont devenues obligatoires et les institutions correspondantes restent largement supportées et gérées par les collectivités locales. La catégorie traditionnelle des enfants assistés fait ainsi l'objet d'une seconde intervention législative en juillet 1837. Il s'agit d'un service départemental dans lequel ce niveau territorial d'intervention publique assure la plus grande partie des dépenses⁴. De leur côté, les communes prennent plus ou moins directement en charge une part du travail administratif et doivent acquitter une quote-part fixée par délibération du Conseil général. Cette dernière n'est jamais négligeable dans les budgets des cités puisque à Lyon, par exemple, elle représentera encore plus de 20% du total des dépenses ordinaires dans la décennie 1880 (Pollet, 1993b).

Les aliénés indigents hospitalisés et secourus à domicile voient leur sort fixé par les lois du 30 juin 1838 puis du 10 août 1871. Les aliénés sans ressources sont hospitalisés et secourus aux frais de l'administration publique d'État alors que les autres restent à la charge des départements et dans une moindre mesure des communes. Cette loi fait de l'aliéné, plus ou moins confondu jusqu'alors avec le délinquant, un malade à protéger contre les internements arbitraires. Mais elle va avoir égale-

ment des incidences financières importantes sur les budgets départementaux et communaux en créant des établissements spécialisés, les asiles d'aliénés, dans chaque département. C'est une grande nouveauté puisque en 1841 seulement 41 établissements spécialisés pour recevoir les aliénés étaient recensés en France alors qu'on comptait quelque 10 000 aliénés dont le tiers étaient abandonnés ou emprisonnés comme des criminels dans des « maisons de force » (Romanacce, 1979 ; Gallinato, 1986).



Par ailleurs, la législation de juin 1838 contribue à faire émerger la distinction entre aliénés dangereux et non dangereux. Ces derniers n'étant pas soumis à un placement d'office en institution, les administrateurs locaux tentent par ces catégorisations nouvelles d'endiguer le flot des entrées, qui posent d'énormes problèmes financiers aux gestionnaires des asiles. Il s'agit encore une fois d'un poste budgétaire important pour les départements, mais également pour les communes, qui versent en général des contingents représentant la moitié des charges départementales⁵. Toutefois, ces contributions communales étant longtemps restées facultatives, elles entraînent de nombreux conflits entre les municipalités et l'administration départementale, tout au long du dix-neuvième siècle. Par la suite, le Second Empire apporte

120

peu de modifications au dispositif assistantiel d'ensemble et favorise plutôt les initiatives de prévoyance individuelle, à travers les caisses d'épargne ou les sociétés de secours mutuels.

Mais bientôt les républicains, s'installant durablement au pouvoir, vont largement contribuer à déplacer le cœur des débats en matière de protection sociale.

La prégnance du référent territorial et l'émergence de l'assurance sociale (1880-1918)

La base territoriale de l'assistance et de l'hygiène publiques (1880-1902)

L'État républicain s'engage d'abord dans une dynamique libérale, sur le plan politique et économique, et dans un processus de sécularisation dans le domaine politique et social. L'action sociale de la République assume alors l'héritage traditionnel de l'assistance et de l'hygiène publiques, qui est fondamentalement d'ancrage territorial, tout en formulant des législations, des droits et des modes d'action publique nouveaux participant au combat républicain pour la sécularisation. Il s'agit alors d'asseoir socialement la République libérale en s'opposant aux forces conservatrices et en particulier à l'Église catholique qui leur est associée. Le pouvoir en place favorise ainsi la représentation des inté-

rêts locaux et sectoriels — par les lois sur les syndicats en 1884 et sur les associations en 1901 — sans pour autant remettre en cause l'intérêt général et la stabilité du régime. L'intervention étatique en matière sociale, ici principalement en matière d'assistance et d'hygiène, reste toutefois compatible avec les valeurs fondamentales des républicains modérés : liberté, propriété et responsabilité individuelles, prévoyance par l'épargne. La nouveauté, d'un point de vue institutionnel, c'est la reconnaissance du département comme collectivité territoriale partiellement autonome en 1871 et la charte municipale de 1884, qui donne une liberté plus grande aux communes. Cette dynamique locale est toutefois contemporaine d'une rationalisation progressive de l'appareil d'État et de l'affirmation d'une haute fonction publique moderne.

Dans le domaine sanitaire, l'intervention des collectivités territoriales et de l'État prend une dimension nouvelle au tournant des dix-neuvième et vingtième siècles. On passe d'une action ponctuelle et limitée contre les foyers épidémiques à une politique de prévention généralisée au plan local.

Encore une fois, le pouvoir central ne fait le plus souvent qu'édicter des règlements dont l'application reste confiée aux autorités locales. Ces dernières gardent une grande marge de manœuvre et une capacité d'initiative réelle. D'où des disparités évidentes d'une commune à l'autre, l'insalubrité ayant tendance à continuer ses ravages du fait de l'insouciance de la très grande majorité des maires et certaines grandes villes, comme Lyon, pouvant vite apparaître au contraire comme des modèles de développement sanitaire et social (Burdeau, 1989 : 239-241).

En effet, dès la décennie 1890 s'est autonomisé puis organisé au sein des administrations municipa-

les un secteur d'intervention publique spécialement chargé des questions de santé et de salubrité qui se matérialise à travers le bureau municipal d'hygiène. Or, ces organismes ont souvent été présentés comme inefficaces et incapables de faire respecter les lois et règlements édictés en matière d'hygiène et de salubrité publiques, restant cantonnés dans un rôle consultatif d'autant plus limité qu'il tend à mettre en péril deux principes républicains fondamentaux : le droit de propriété et la notion de responsabilité individuelle (Murard et Zylberman, 1993)⁶. Il semble que l'on doive fortement nuancer cette image traditionnelle et très péjorative. En fait tout dépend des critères posés pour juger de la réussite ou de l'échec de ces initiatives.

On peut mieux saisir le rôle et le pouvoir réel de ces institutions locales en les réintégrant dans le système politico-administratif municipal et en centrant l'analyse, en particulier, sur leurs directeurs successifs. Ils représentent en effet l'archétypes de ces notables locaux issus de la dynamique républicaine et qui vont former le cœur de la médecine hygiéniste, s'opposant le plus souvent à la médecine libérale (Burdeau, 1989 : 238 ; Hatzfeld, 1963 ; Dumons et Pollet, 1993). À travers ces initiatives municipales, un nouveau partage de compétences et d'initiatives s'opère entre l'État et les collectivités locales en matière d'hygiène publique.

À Lyon par exemple, le Bureau municipal d'hygiène et de statistiques voit le jour en janvier 1891, onze ans avant que l'État ne rende cet organisme obligatoire, grâce aux efforts de son futur directeur, le docteur Gabriel Roux, et à l'impulsion du maire de la ville, le docteur Gailleton. Sa création résulte directement d'un projet d'unification des divers services d'hygiène déjà existants : inspection médicale des écoles, créée en 1879 ; institut

vaccinogène et service des vaccinations gratuites (1883); désinfection des locaux et des effets contaminés, pratiquée depuis 1889; enquête sur les logements insalubres et les industries classées, etc. On adjoint à ce bureau le service de la statistique, qui fonctionnait depuis longtemps déjà à l'Hôtel de ville⁷. Pour pallier les carences des comités consultatifs, ces nouveaux organismes «doivent être, par l'intermédiaire du pouvoir municipal, surtout exécutifs, et ils font œuvre sanitaire comme les bureaux d'architecture ou de voirie font œuvre d'architecte ou d'ingénieur»⁸.

Ainsi, le Bureau municipal d'hygiène de Lyon a parmi ses attributions principales un rôle de prophylaxie et de salubrité publique. Il recense et comptabilise les maladies endémiques et épidémiques, organise les vaccinations et revaccinations gratuites. La surveillance des établissements industriels et commerciaux et des logements dangereux, insalubres et incommodes, et le service de la désinfection et l'étude bactériologique de l'eau occupent également beaucoup de son temps. L'inspection médicale et hygiénique des écoles mobilise ses médecins attirés. Les diverses statistiques à élaborer et les rapports administratifs et documents annuels à présenter au Conseil municipal à l'appui du

projet de budget restent parmi ses prérogatives principales. Il est enfin chargé de la délivrance de certificats d'aptitude physique pour le travail, de la centralisation des certificats de décès, de l'envoi périodique à l'administration préfectorale et au ministère de documents statistiques officiels ainsi que de l'échange de publications avec les services d'hygiène de France ou de l'étranger. Le bureau d'hygiène n'est d'ailleurs pas la seule institution de la ville à s'occuper de salubrité publique. Deux organismes consultatifs fonctionnent parallèlement avec lui: la commission municipale d'hygiène et la commission des logements insalubres, réorganisée par le maire Augagneur dès 1900 et dont la présidence est confiée au professeur de médecine Jules Courmont.

À travers la genèse et le développement du Bureau municipal d'hygiène de Lyon, on perçoit bien la capacité d'initiative du pouvoir local et l'incessante recherche de modèles de gestion locale. Celui-ci apparaît comme un des organes fondamentaux du gouvernement local lyonnais. L'Office municipal du travail, organisme original créé en 1905, témoigne également de cette compétence et de cette autonomie municipales. Il est «chargé des affaires relatives à l'application des lois ouvrières et sociales» et tire l'ensemble de ses renseignements des statistiques fournies par le Bureau d'hygiène (Dumons et Pollet, 1993; Pollet, 1993).

Mais Lyon n'est pas la seule ville à innover dans le domaine de la gestion de l'hygiène publique. Avant même leur reconnaissance officielle par la loi de 1902, des initiatives locales avaient fleuri un peu partout sur le modèle du bureau d'hygiène de Turin, créé en 1856 et réorganisé en 1880, puis de celui de Bruxelles datant de 1874. Que ce soit à Nancy et au Havre (1879), à Reims (1881), Saint-Étienne et

Amiens (1884), Pau (1885), Nice (1887), Toulouse et Grenoble (1889), Besançon et Bordeaux (1890), ou à Paris enfin (1892), dans toutes ces villes les réalisations locales sont bien antérieures à la législation nationale (*ibid.*). Dans l'organisation de l'hygiène publique d'une manière générale, les continuités sont évidentes avec l'ancien système. Ici, la solidarité républicaine et radicale ne semble avoir aucun mal à se couler dans le moule d'une police sanitaire finalement très traditionnelle.

Le 15 février 1902, la législation relative à la protection de la santé publique remplace donc les anciennes dispositions et reprend tout l'édifice, plaçant en son centre les bureaux municipaux et les services départementaux d'hygiène. Cette nouvelle charte de l'hygiène et de la salubrité publiques impose l'adoption d'un règlement sanitaire dans toutes les communes, l'obligation de la vaccination antivariolique ainsi que l'organisation de bureaux d'hygiène dans les plus grandes villes⁹. À l'image de l'exemple lyonnais, la législation de 1902 ne fait pourtant souvent qu'entériner des initiatives locales antérieures et poser un cadre général dont l'application est laissée à l'appréciation directe des maires, les institutions déjà créées venant se fondre dans le cadre général édicté. Avec l'institution du Conseil supérieur d'hygiène publique, en 1906, la préoccupation hygiéniste connaît ensuite son apogée au niveau central sous l'influence directe des préceptes pasteurien et d'une multitude d'associations comme l'Alliance d'hygiène sociale, fondée en 1905, et présidée par Léon Bourgeois.

De son côté, l'assistance publique, revisitée par les républicains, produit un droit nouveau qui laisse une large place à l'initiative locale. La loi de 1893 compose le premier élément abouti du dispositif d'assistance publique projeté par



les républicains désormais au pouvoir et constitue le soubassement de leur système de protection sociale. Avant son vote, les malades sans ressources bénéficient, sous le régime de la législation de 1851, de soins hospitaliers. Toutefois, si environ un tiers des communes possède un établissement hospitalier, en l'absence d'hôpital rien n'oblige les administrations communales à prendre en charge les malades soignés dans l'établissement hospitalier départemental. D'ailleurs, cette organisation reste déficiente et lacunaire, avec de 30 % à 40 % de lits vacants (Texier, 1978 ; Faure, 1984, 1988).

Avec la loi du 15 juillet 1893, l'État central institutionnalise et rend obligatoire l'Assistance médicale gratuite (AMG) dans tout le pays. Cette dernière organise un système national dans lequel tout Français privé de ressources bénéficie de soins gratuits à domicile ou à l'hôpital et dont les dépenses sont obligatoirement à la charge des diverses collectivités publiques. À nouveau ce dispositif se trouve géré avant tout au plan local et prend l'espace de la commune comme base. La loi comporte en effet une réforme du domicile de secours qui conforte son ancrage essentiellement communal. Il s'obtient au bout d'une année de résidence, les enfants ayant celui de leur père, les femmes celui de leur mari. Les dix premiers jours de maladie sont à la

charge des communes, l'État et le département intervenant par la suite pour le financement. Très vite des conflits vont d'ailleurs surgir entre municipalités, départements, hôpitaux et hospices. Un certain nombre de compromis sont ainsi passés au plan local. Enfin, des systèmes dérogatoires, prévus par la loi, sont mis en place dans les grandes villes dotées, le plus souvent, d'hôpitaux généraux.

Cette législation permet l'hospitalisation des indigents tout en réservant le cas des incurables pour des raisons proprement financières. Cette disparité imposera en quelque sorte au législateur d'intervenir à nouveau avec la loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, c'est-à-dire pour les individus potentiellement exclus de la législation de 1893. En décidant le financement public de la médecine, l'AMG donne également naissance à une politique hospitalière plus ordonnée et suivie qui va permettre d'ouvrir progressivement l'hôpital à tous. Elle implique une prise de contrôle plus stricte des structures hospitalières privées par les collectivités publiques qui financent le système, mettant ainsi fin à l'indépendance des hôpitaux. Un réseau plus cohérent, qui respecte une nouvelle carte hospitalière, est alors mis en place, et les établissements sont obligés de se conformer aux normes de la médecine pastorienne (Faure, 1988, 1993).

La volonté d'organiser l'assistance publique dans les campagnes à partir d'hôpitaux-hospices cantonaux est également une préoccupation ancienne très largement partagée par les milieux politiques les plus divers, des conservateurs et réactionnaires aux républicains avancés. La loi de 1893 peut ainsi s'analyser comme l'institution d'un régime d'obligation pour l'organisation d'une médecine cantonale qui existait déjà de manière facultative.

Elle constitue un élément du jeu complexe qui s'établit dans tous les domaines avec la République entre les trois niveaux de décision et de légitimité que sont l'État, le département et la commune.

Mais localement, l'application de la loi se heurte à de multiples difficultés révélant l'archaïsme de nombreux hôpitaux. De plus, le décalage est grand entre, d'un côté, les souhaits ministériels et médicaux et, de l'autre, les manières traditionnelles de concevoir l'hôpital auxquelles s'accrochent encore beaucoup de gestionnaires hospitaliers. Comme le fait remarquer Olivier Faure, « globalement, l'hôpital reste une institution à fonctions multiples fort éloignées de la médecine » (Faure, 1988). Il joue le rôle d'école, de pensionnat, d'orphelinat, voire de prison, tout en abritant les membres de diverses communautés religieuses.

Lors de la mise en œuvre législative, on peut ainsi noter de très fortes résistances locales. Les communes et les départements favorisés en matière d'infrastructures hospitalières font preuve de très peu de solidarité et les hôpitaux défendent une vision traditionnelle qui privilégie les malades locaux, par peur des ingérences extérieures et du poids financier occasionné par la nouvelle loi. Dans le département de la Gironde, par exemple, les sommes dévolues à l'AMG seront multipliées par dix en 1900, avec le financement d'un hôpital-hospice cantonal pour l'aide médicale. Mais la majeure partie du financement de la loi de 1893 est assurée par les communes et elle représente un poids budgétaire très lourd pour ces dernières, comme nous le verrons plus loin. L'évolution exponentielle des budgets d'assistance est d'ailleurs confirmée dans le cadre national. La part des dépenses assistantielles, qui représente 0,5 % du revenu national en 1857-1860, s'établit à 1,3 % en 1910-1913

(Dessertine et Faure, 1992 : 144). Il en est de même localement. À Lyon, par exemple, les sommes dévolues à l'assistance passent de 7,5% des dépenses ordinaires de la commune en 1870-1879 à 11,4 % au début du siècle (1900-1909). À la même époque, des villes comme Saint-Denis ou Rouen affichent des budgets assistantiels compris entre 20 % et 25 % (Brunet, 1981 ; Marec, 1992).

Dans ce système assistantiel traditionnel, obligatoire et facultatif, la charge des communes reste très significative. Elle comprend le service des enfants assistés, qui recouvre les enfants maltraités et moralement abandonnés après les lois de 1874 et de 1899, celui des aliénés indigents hospitalisés, le bureau de bienfaisance ainsi que des subventions, allocations, dotations, pensions et secours divers. À Lyon, le seul bureau de bienfaisance représente près de 45 % des dépenses ordinaires d'assistance dans la décennie 1870 contre 20 % respectivement aux enfants assistés et aux aliénés hospitalisés. Entre 1900 et 1909, ces charges s'élèvent à 39 % pour le premier, à 14% et 13 % pour les seconds. Malgré les nouvelles législations républicaines (1893, 1905, 1913), au plan national, « l'assistance traditionnelle représente, à la veille de la première guerre mondiale, encore 64 % de l'ensemble » des dépenses (Dessertine et Faure, 1992 : 144).

Bien vite, à la suite de l'épisode Boulanger puis surtout de l'affaire Dreyfus, qui ébranlent le régime, le climat politique change et l'« esprit nouveau », qui prônait une réconciliation au centre et tentait de sceller l'alliance entre républicains et catholiques modérés, n'est plus qu'un lointain souvenir. Après le gouvernement de défense républicaine de Waldeck-Rousseau, les radicaux font ainsi une entrée massive et durable au sein du Parlement puis à la tête de l'État, imposant

loc



leurs visions interventionnistes et solidaristes.

Les débuts de l'assurance sociale et le référent territorial (1902-1918)

La politique de prévoyance sociale radicale et solidariste comporte deux volets, l'un assistantiel et l'autre assurantiel, qui devient vite prédominant. Elle s'appuie également sur une double dimension locale et nationale et conjugue des processus de nationalisation et d'étatisation des politiques sociales. On assiste à un bouleversement dans les représentations dominantes et à un changement de référentiel dans la société française. On passe en effet d'une conception libérale du social dominante à une conception solidariste. Cette dernière, théorisée par Léon Bourgeois dans les années 1890 et acclimatée dans les faits par le biais de la politique assistantielle républicaine, permet toutefois de conserver un cadre libéral du point de vue politique. Du coup, à la notion centrale de responsabilité individuelle finissent par se substituer celles de responsabilité collective et de solidarité. Il s'agit alors de mettre en place un système de prévention qui vise à vacciner les citoyens contre les maux sociaux, qui sont devenus autant de risques, tout comme on les immunise contre les maladies. Le vaccin est alors figuré par la notion de pré-

voyance (individuelle et collective, ou collective parce qu'individuelle), l'outil de vaccination étant représenté par la technique de l'assurance par le biais de l'assurance sociale, comme l'a bien montré François Ewald (Ewald, 1986). Mais le paradoxe réside dans le fait que ce nouveau modèle assurantiel n'évacue pas pour autant le volet assistantiel déjà mis en place et que les solidaristes développent, tout en souhaitant sa prochaine inutilité. En ce sens, le couple formé par les législations de 1905 sur l'assistance aux vieillards et 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes nous semble constituer le cœur de cet État social solidariste. La séparation effective de l'Église et de l'État a d'ailleurs entériné le processus de sécularisation de la société française, signifiant par là même la fin — ou du moins l'effacement progressif — d'une action sociale de l'État située avant tout au cœur d'un combat anticlérical.

La loi d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables votée en 1905 permet de prendre en compte la situation des individus de plus de 70 ans à travers l'affirmation des concepts de solidarité et d'obligation. Parmi eux, les malades, infirmes et incurables bénéficient d'une allocation mensuelle de 5 à 20 francs, soit de 60 à 240 francs annuels, ou de l'hospitalisation gratuite. Les dépenses occasionnées sont obligatoirement à la charge des communes, des bureaux de bienfaisance et des hospices qui y participent, de même que du département et de l'État si cela est nécessaire. Le service est organisé par le conseil général sous l'autorité du Préfet. En 1907, dans le département de la Gironde, les dépenses pour les vieillards, infirmes et incurables passent de la dernière à la première place dans les budgets départementaux d'assistance (Texier, 1978). Mais, les communes sont ici une nouvelle

fois largement mises à contribution. À Lyon par exemple, les dépenses occasionnées par la mise en œuvre de la législation représentent près de 30 % en moyenne des dépenses municipales ordinaires d'assistance, et ce jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Dans ce cadre, les hôpitaux gardent également un rôle important d'aide aux vieillards indigents.

La loi sur les retraites ouvrières et paysannes du 5 avril 1910 marque quant à elle le passage à une première législation d'assurance sociale, prenant comme base, pour la constitution du groupe des assujettis, un critère professionnel et non plus territorial. Dans un souci libéral de respect du «devoir d'épargne» des individus, l'assurance-vieillesse obligatoire couvre en effet tous les salariés français en-dessous d'un certain seuil de salaire. La loi des ROP est donc directement liée à l'activité salariée, et elle préfigure une dynamique qui tend à concevoir la protection sociale de plus en plus en fonction des secteurs professionnels et non des attaches territoriales. La pension est obtenue à 65 ans puis à 60 ans (1912), après trente ans de versements qui s'effectuent dans les entreprises mêmes et sous l'autorité du patron. Le financement est tripartite, assuré par les cotisations des ouvriers et de l'employeur et une rente versée par l'État. Malgré son aspect révolu-

tionnaire, cette législation reste par certains aspects, dans son application même, assez proche des pratiques de l'assistance, dans la mesure où les listes d'ayants droit sont constituées dans les mairies et où les municipalités jouent le rôle de bureau d'assurance (Dumons et Pollet, 1994). La notice explicative publiée pour faciliter la mise en œuvre de la politique déclare que «chaque individu appartenant au régime de l'assurance obligatoire recevra par la mairie de sa commune un bulletin qu'il devra remplir [...] Dans les huit jours ces bulletins seront remis au maire qui dressera la liste des assurés de sa commune [...] Les cartes annuelles sont échangées par les soins de la mairie» (cité par Noiriel, 1989). Ce premier «régime général» des salariés connaîtra un succès relatif, l'arrêt de l'obligation et la guerre perturbant très fortement son fonctionnement (Dumons et Pollet, 1994).

Toutefois, après 1910, une pause semble marquée dans la progression de l'idée d'assurance. «Les élections de 1910 portèrent à la Chambre 235 députés nouveaux, comme si se faisait une relève de génération. Beaucoup de ces élus étaient «d'opinion indécise» (C. Seignobos) et, même s'ils adoptaient la dénomination de radical, étaient en fait des modérés. Ainsi la nouvelle Chambre se situait-elle «plus au centre que la précédente, alors que l'électorat semblait poursuivre son évolution vers la gauche, avec la montée des voix socialistes et radicales» (Mayeur, 1984 : 221). Assisterait-on alors, à deux décennies d'intervalle et dans un contexte politique différent, à la revanche de l'«esprit nouveau» ?

C'est en tout cas cette majorité, tout à la fois beaucoup plus libérale et conservatrice, qui va faire voter les lois d'assistance familialistes et natalistes de 1913 : législations sur les femmes en couches de juin

1913 et en faveur des familles nombreuse du 14 juillet de la même année. Cette dernière «reconnaît pour la première fois le droit à l'assistance à un groupe constitué, et non pas à un individu : la famille nombreuse indigente» (Chauvière, 1993). Au-delà des aspects idéologiques et électoralistes, ainsi que des nouvelles opportunités pour incorporer les problèmes familiaux dans les politiques publiques après la séparation de l'Église et de l'État en 1905, on peut caractériser ici la persistance de la logique assistantielle et de sa base territoriale, qui sera encore sollicitée pendant le premier conflit mondial au profit des familles de soldats.

Le conflit mondial et ses conséquences désastreuses amorcent toutefois le tournant vers le système des assurances sociales. La référence territoriale s'estompe fortement devant les intérêts sectoriels, sans pour autant que disparaissent les enjeux et les ajustements purement locaux.

La dynamique des intérêts sectoriels et les nouveaux enjeux locaux (1919-1950)

Le passage du territoire aux secteurs (1919-1930)

L'entre-deux-guerres marque le déclin d'une classe politique fragilisée dans un système politique contesté malgré (ou à cause de) la consolidation de sa dimension parlementaire. Les équilibres politiques traditionnels s'en trouvent profondément transformés, en particulier dans leurs rapports entre un centre controversé et des intérêts privés et locaux qui s'exacerbent. Cette République modérée, à la fois fragile et pourtant souvent sûre d'elle-même, provoque, dans le cadre de la construction d'un système d'assurances sociales, une montée en puissance des intérêts sectoriels et professionnels, voire corporatistes. Ces derniers relè-

guent au second plan le traditionnel référent territorial sans neutraliser pour autant la pression des accommodations locaux.

C'est une France totalement exsangue qui sort « victorieuse » du premier conflit mondial. Elle compte alors près de 1 400 000 morts et disparus, civils et militaires. Plus de trois millions de personnes sont blessées, dont plus d'un million d'invalides de guerre (Dupâquier, 1988 ; Merrien, 1988). Très vite, les pouvoirs publics réagissent devant cette situation préoccupante en édictant la loi des pensions du 31 mars 1919. Cette dernière prévoit que les 2 300 000 pensionnés de guerre — comprenant les invalides, veuves, orphelins et ascendants de ceux qui sont morts au champ d'honneur — bénéficieront de la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques pendant toute leur vie. Ils peuvent en effet s'inscrire sur la liste communale d'AMG ou avoir recours à leurs sociétés mutuelles. Le législateur assure le libre choix du médecin et du pharmacien ainsi qu'un tiers payant, selon un tarif renvoyé à un futur règlement d'administration publique qui doit faire suite à un accord avec les organisations et syndicats professionnels intéressés.

En fait l'État et les syndicats de médecins entrent très vite en conflit. Le gouvernement décide de mettre en place de manière arbitraire cette politique d'urgence en matière de santé publique, considérant implicitement comme illégitimes les intérêts du secteur médical. La réponse ne se fait pas attendre et cette tentative de passage en force suscite en retour une mobilisation collective de la part des syndicats médicaux, qui vont finir par imposer leur point de vue contre celui de l'État. La controverse porte principalement sur la fixation des tarifs et sur les procédures de remboursement.

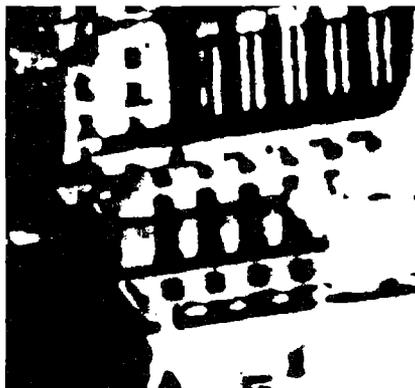
La radicalisation des acteurs pourrait s'analyser à travers la faiblesse d'une culture du compromis qui impose une vision dichotomique, antagoniste et inconciliable des intérêts en jeu, et donc fatalement la victoire de l'un des deux camps (Merrien, 1988). Finalement, l'Union des syndicats médicaux français, qui réunit près de 20 000 médecins et dont les effectifs ne cessent de croître, fait triompher sa revendication de voir confier le contrôle du tiers payant au syndicat médical lui-même et non à une commission administrative comme prévu au départ. À travers cette lutte contre l'imposition d'une « médecine sociale » s'ébauche la formation d'un ordre professionnel ainsi que les débats sur les assurances sociales des années 1920 (Merrien, 1988).

En effet, la réincorporation de l'Alsace-Lorraine dans l'ensemble national pose très vite la question de l'intégration d'un système d'assurances sociales obligatoires de type allemand dans le système français. Le 22 mars 1921, un projet global d'assurances sociales couvrant les principaux risques est déposé par le ministre du travail Daniel Vincent. De projets en contre-projets, près de dix ans sont nécessaires pour qu'un système obligatoire et complexe voie le jour. Il englobe les risques vieillesse, maladie, invalidité, décès et maternité et comprend des assurés obligatoires et facultatifs au dessus d'un certain seuil de salaire. La loi de 1928, qui résulte de tous ces débats, est un compromis entre des tendances centralisatrices et étatiques d'un côté, des volontés décentralisatrices et mutualistes de l'autre. Finalement, la centralisation existe dans le cadre du département, mais on renonce à une tutelle trop étroite.

Devant les intérêts sectoriels et les nombreuses oppositions, ce texte de transaction est pourtant très

vite cassé par loi du 30 avril 1930, qui voit les caisses de département perdre leur fonction de compensation et rester limitées à la couverture des salariés n'ayant pas opté (Ducos, 1985). Le pouvoir central instaure donc pour la première fois une caisse départementale unique, destinée à ceux qui désirent s'y affilier ou qui ne sont membres d'aucun autre organisme assureur ; les salariés assujettis conservent leur libre choix. La mutualité, qui est la grande gagnante du système, conserve le quasi-monopole de la gestion. En effet, les organismes chargés de la protection sociale comprennent des caisses d'assurances sociales de statut mutualiste, à base professionnelle, d'affinités et territoriale c'est-à-dire d'ancrage départemental. Il va exister plus de 700 caisses en France, dont 180 gérées par la mutualité. Les allocations familiales, rendues obligatoires en 1932, restent quant à elles administrées par des caisses privées patronales. On en comptera 245 en 1945. En fait, la plus grande partie des assurés se regrouperont dans les caisses départementales, assurant les risques maladie et maternité. Ces dernières drainent donc des fonds substantiels et gèrent un certain nombre d'« œuvres » locales. À Bordeaux par exemple, une maison de convalescence est créée dès 1934. Deux ans plus tard une clinique dentaire voit le jour, tout comme à Limoges et à Lyon sensiblement à la même époque (Ducos, 1985).

Surtout, les médecins préservent les principes libéraux, si bien que l'entente directe dans le paiement est maintenue. La caisse fixe un tarif de responsabilité, base de remboursement que le médecin est libre de suivre ou non. Une des questions centrales à régler devient alors vite celle des tarifs, et les négociations locales avec les médecins semblent avoir entraîné un certain nombre d'abus concernant les



assurés-assistés relevés par plusieurs rapports officiels (Sarraz-Bourmet, 1934, 1938). Les tarifs de l'AMG étant avant 1930 très bas, de nombreux médecins profitent du passage des assujettis vers le statut d'assisté-assuré pour augmenter fortement leurs tarifs et empocher ainsi les bénéfices de la législation (Renard, 1989).

Paradoxalement, au moment même où ce système d'assurances sociales se met en place, on peut noter une persistance du système assistantiel à base communale. Les lois républicaines de 1893 et 1905 pèsent de tout leur poids sur les finances de l'État et surtout des collectivités locales. Sur la période 1910-1913, on compte 27 326 000 francs dévolus en France à l'assistance médicale. Cela représente 18,8 % du total des dépenses d'assistance, dont 10,9 % seulement est financé par l'État (Desser-

tine et Faure, 1992: 149). Localement, le bilan est similaire. Ainsi, en Gironde, les dépenses causées par l'AMG subissent un essor important entre 1930 et 1940, où elles viennent occuper le deuxième ou le troisième rang des dépenses d'assistance du département (Texier, 1978). Avec une application différée à cause du régime dérogatoire en vigueur dans la deuxième ville de France jusqu'à la Première Guerre mondiale, l'exemple lyonnais démontre que les dépenses municipales relatives à l'application de la loi AMG correspondent à plus de 40 % des dépenses ordinaires d'assistance dans les années vingt et trente. La législation de 1905 compte aussi pour plus de 30 % en moyenne dans l'entre-deux-guerres (Pollet, 1993). L'assistance traditionnelle elle-même, si elle diminue en proportion devant ces nouveaux flux financiers, ne disparaît pas pour autant. Tous postes budgétaires confondus, les dépenses communales d'assistance représentent 22,4 % des dépenses ordinaires de la ville de Lyon sur les décennies 1920 et 1930, alors qu'elles ne comptent guère pour plus de 11 % au tournant du siècle (Pollet, 1993).

Il serait donc totalement illusoire de croire à un affaïssement du système d'assistance publique devant celui de l'assurance. Les deux coexistent et croissent en parallèle. Ils forment alors l'ossature de l'État social français tel qu'il a été constitué avant le second conflit mondial. L'épisode vichyste ne modifie pratiquement pas cet équilibre. La philosophie mutualiste, sectorielle et corporatiste mais également assistantienne du système trouve en effet un écho favorable parmi les hommes de la révolution nationale. À la Libération, les conceptions économiques et sociales ont toutefois profondément évolué, transformant par là

même les représentations du système de protection sociale.

L'étatisation du système et la persistance des ajustements locaux (1945-1950)

Avant même le sortir de la guerre, le Conseil national de la résistance (CNR) propose les réformes sociales à entreprendre au nom de l'intérêt général. Dans son programme économique et social, il élabore un plan complet de sécurité sociale « visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ». À l'automne 1944, Pierre Laroque, conseiller d'État et directeur général des assurances sociales au ministère du Travail, se voit confier par le gouvernement provisoire la tâche de préparer la réalisation effective de ce plan.

Un large consensus s'établit au sein de la société française de l'après-guerre pour mettre cet objectif de sécurité sociale au centre des préoccupations immédiates. Les théories économiques keynésiennes ainsi que le plan Beveridge rendu public outre-Manche dès 1942 jouent un rôle déterminant dans l'acceptation d'un système général universaliste, centralisé, unitaire, intégrant les différents risques et comportant des prestations uniformes. La commission constituée par Laroque et le plan de sécurité sociale français qui en sort représentent toutefois le résultat d'un « compromis entre les revendications des différentes forces politiques et sociales du pays, mais aussi entre les deux grands modèles de protection sociale, que sont à l'époque les systèmes bismarckien et beveridgien » (Laroque, 1946 [Join-Lambert, 1994: 274]). Le nouveau rapport de force qui s'exprime à la Libération est d'ailleurs favorable à la gauche.

La CGT, réunifiée en 1943, a largement participé à l'élaboration du programme économique et social adopté par le CNR. Elle milite ainsi depuis plusieurs années pour la création d'une caisse unique. Benoit Frachon déclare en 1947 : « Nous avons voulu soustraire cette œuvre de solidarité à l'emprise de groupements ou de personnalités qui s'en servaient comme d'un moyen de pression ou de propagande partisane ». En s'opposant au système des assurances sociales, la CGT stigmatise ces caisses multiples où se manifeste « l'emprise des forces conservatrices qui s'opposent à l'émancipation des masses laborieuses »¹⁰. Deux principes de base animent la pensée cégétiste dans sa tentative de refonte du dispositif social : la volonté d'unité et de solidarité nationales, et l'objectif d'une « gestion démocratique » effectuée par les assurés eux-mêmes. Le parti communiste français s'aligne en partie sur ces propositions alors que la CFTC et les milieux patronaux défendent la liberté du choix et la pluralité des organismes d'assurance.

Tenant compte de ces tendances générales, trois ordonnances vont être promulguées suivant de près l'adoption du projet général. La première, en date du 4 octobre 1945, organise le nouveau régime. Elle va supprimer les anciennes caisses des assurances sociales pour tenter de créer une organisation et une caisses uniques chargées progressivement de la gestion des différents risques. La deuxième ordonnance porte sur les différentes prestations, avec une absence remarquable : l'assurance-chômage (Murard, 1989)¹¹. « À un système multiforme de prévoyance collective de nature privée se substitue une institution qui assure une mission de service public et dont le but final est bien d'aboutir à la protection de la nation tout entière », et

non des seuls salariés (Join-Lambert, 1994 : 276). L'organisation administrative du système devait reposer sur des caisses à compétence générale. Ces dernières étaient censées assurer la gestion des risques maladie, maternité, décès, accidents du travail et maladie professionnelle, ainsi que des allocations familiales. Des caisses primaires régionales pour l'invalidité et la vieillesse et une caisse nationale complètent l'édifice. En fait, l'unicité de la gestion et de la cotisation est très vite mise à mal et seules subsistent des caisses primaires, des caisses régionales ainsi que celles gérant les allocations familiales.

La troisième ordonnance de 1945 a tendu à exclure la mutualité du nouveau système de sécurité sociale en abrogeant en particulier la charte de 1898¹². Les mutualistes doivent céder les caisses d'assurances sociales et le patrimoine immobilier accumulé sur plusieurs décennies. Ils se sentent alors spoliés. Les caisses primaires gardent simplement le droit de faire appel aux sociétés mutualistes lorsqu'elles le jugent utiles. Mais la « loi Morice » du 19 mars 1947 accorde un droit à tout groupement mutualiste comportant au moins mille assurés de créer des sections locales, et avec au moins cent assurés de jouer le rôle de correspondant pour ses membres. Certains gestionnaires de caisse ont alors pu craindre une mutualisation rampante de la sécurité sociale et un retour aux intérêts sectoriels¹³.

La tutelle de l'État sur les organismes locaux s'exerce par le biais d'une direction régionale qui vient se substituer à l'ancien système. La gestion prétendue paritaire est en fait une direction ouvrière, avec deux tiers de représentants des salariés en 1945 puis trois quarts à partir de 1946. Ainsi, une crispation forte apparaît vite du côté des gestionnaires locaux du système, et le

principe de l'étatisation se trouve être fortement rejeté. On note une opposition ferme aux tendances étatistes du projet ministériel, d'où le maintien d'organismes jouissant d'une certaine liberté, la création d'une caisse unique largement décentralisée, et surtout la reprise des relations directes avec le corps médical pour la fixation des honoraires, point sensible s'il en est. Très vite en effet, le corps médical n'accepte pas un tarif opposable et refuse de signer les conventions. Du coup, les différents ajustements locaux vont vite représenter la norme. En juin 1946, le secrétaire des syndicats médicaux de Gironde peut par exemple déclarer : « le corps médical n'est nullement opposé à la sécurité sociale. Il y a quelques points qui le gênent un peu [...] Nous estimons que sur le plan local aussi bien que sur le plan régional, nous pouvons facilement nous entendre » (cité par Bassaler et Rey, 1986 : 41).

Une lutte féroce s'engage également entre les différents partenaires pour la désignation des agents de direction des caisses. Dans le cas bordelais, qui ne semble pas exceptionnel, bien au contraire, les employeurs désirent le maintien des directeurs en place, jugés plus compétents, alors que certains d'entre eux ont été inquiétés, ou même internés à la Libération. Devant les refus des syndicalistes CGT, les représentants des employeurs quittent le conseil. Cela facilite d'autant la mise en place de nouvelles équipes de direction par les administrateurs continuant à siéger (principalement des représentants syndicaux). Un quasi-monopole de fait est ainsi exercé par la CGT au cours des premiers mois de fonctionnement. Par la suite, la cassure au sein de la CGT avec l'apparition de FO permet à ce dernier, après certains accords de coalition avec la CFTC notamment, d'obtenir un contrôle majoritaire

dans les conseils d'administration des caisses. En mai 1947, après l'exclusion des ministres communistes du gouvernement, la CGT tend à s'isoler dans une opposition systématique au sein des conseils (Bassaler et Rey, 1986).

Ainsi, avec la tentative de mise sur pied de la sécurité sociale, on assiste à une perte de vitesse de la logique assistantielle et à un changement de nature dans la base territoriale du système au niveau global, au profit du socio-professionnel. Mais on ne peut parler de remplacement terme à terme puisque en fait un système ne remplace pas l'autre. Ainsi, les ordonnances recèlent une innovation en matière d'organisation territoriale de la protection sociale en faisant apparaître la notion de région comme base et support dynamique de l'action sanitaire et sociale. La législation désigne en effet le territoire régional comme circonscription d'action et charge un organisme régional de réaliser cette activité et de coordonner celles des autres organismes. Ce sont ces caisses régionales qui vont d'ailleurs promouvoir et diriger les opérations sanitaires et sociales de l'ensemble des caisses de sécurité sociale.

L'ordonnance d'octobre 1945 a en effet créé une structure régionale individualisée, susceptible d'intervenir sur tous les problèmes sanitaires et sociaux de la région. Chaque organisme de sécurité

sociale dispose d'un budget particulier d'action sanitaire et sociale alimenté principalement par une ventilation des cotisations. Ces sommes disponibles donnent à la politique des organismes régionaux une grande autonomie et une véritable autorité, en particulier par les créations d'établissements de caisse et par la participation aux réalisations publiques ou privées. C'est ainsi qu'apparaît ce que certains appelleront « politique des châteaux » de la sécurité sociale. Dans la région du sud-est par exemple, mais également sur tout le territoire, les caisses sont rapidement saisies d'une foule de projets suscités par les propositions de nombreux établissements hôteliers cherchant une solution à leurs difficultés financières du moment dans une reconversion dans le cadre sanitaire. Ce phénomène d'achat massif prend une allure de scandale entre la fin de 1948 et le début de l'année 1949. Une polémique s'ensuit, portant sur l'équilibre financier des institutions et la fièvre patrimoniale qui semble saisir certains gestionnaires. Certaines modalités d'acquisition sont critiquées. On parle alors d'erreurs, de légèretés, d'arrangements locaux, de fraudes éventuelles, voire de « folie des grandeurs ». Une commission d'enquête sera même mise en place en 1950 mais les affaires sont ensuite enterrées. En février 1958, une plainte portée par le conseil d'administration de la caisse parisienne débouche sur un non-lieu, alors que les infractions économiques ont été classées sans suite un an plus tôt (Wurceldorf, 1982)¹⁴.

Il faut enfin souligner le rôle essentiel tenu par les caisses régionales dans la rénovation de l'équipement hospitalier français de 1950 à 1970 ou dans le cadre de l'équipement en faveur de l'enfance inadaptée et des personnes âgées. La dimension locale continue donc à

avoir son importance dans le système central. Mais il s'agit en fait d'un « local » qui a perdu sa dimension purement territoriale, au sens où l'on est ici en présence d'un simple échelon de gestion locale d'intérêts sectoriels. Pourtant, si les affiliations sont bien effectuées à partir du lieu de travail, les prestations peuvent être éventuellement versées en fonction du lieu de résidence.

En fait, à cause des luttes intestines et du poids des corporatismes, le système est miné de l'intérieur. Une volonté centralisatrice d'étatisation du système s'était clairement dégagée, avec en particulier le vote en janvier 1947 d'un projet de généralisation de la sécurité sociale à toute la population active. Mais beaucoup de travailleurs français ne désirent pas y être intégrés afin de pouvoir conserver les avantages de leurs régimes autonomes bâtis dans l'entre-deux-guerres. Ainsi, ce processus reste inachevé du fait de l'opposition des milieux patronaux, des travailleurs indépendants, des milieux agricoles et des cadres ainsi que des salariés couverts par des régimes spéciaux. L'application des lois de 1946 est assez vite suspendue et on renonce à établir la sécurité sociale au profit des assurances sociales en maintenant en particulier les régimes spéciaux. Le système politique est trop affaibli pour pouvoir supporter ce processus de changement radical et résister aux pressions de la société civile et des groupes professionnels et syndicaux. Les élus locaux sont du coup presque éliminés du nouveau système de gestion du social qui se professionnalise et s'institutionnalise pendant les trente glorieuses. Ce passage du local au socio-professionnel n'aboutit toutefois pas forcément à un processus de nationalisation totale des politiques sociales, comme le démontrent les divers ajustements locaux et les initiatives sociales des municipalités

par la suite. Par contre, les textes législatifs de 1967 vont profondément modifier les structures mêmes de l'ordonnance d'octobre 1945 en diminuant encore considérablement le rôle des organismes régionaux. À côté de ce processus de nationalisation des politiques, ils marquent également la suppression des élections aux caisses primaires et l'instauration d'un paritarisme (Catrice-Lorey, 1981). Le système peut dès lors tenter de se généraliser à l'ensemble des salariés français.



Le retour du territoire ?

La sécurité sociale n'a en fait jamais été pleinement réalisée en France, où l'on garde un système mixte à forte tendance assurances sociales. Les principes d'universalisme, d'unicité de gestion, de prestation et de cotisation ne se sont pas affirmés. Les enjeux sectoriels et les disparités et accommodements locaux restent ainsi très puissants. Mais, dans le prolongement de la crise économique des années soixante-dix, le grand système général basé sur un registre socio-professionnel semble craquer de toutes parts au profit des initiatives locales les plus diversifiées, et des tensions très fortes apparaissent alors.

Depuis 1982, les lois de décentralisation semblent revivifier les formes notabiliaires de gestion locale de la protection sociale, en

particulier pour tout ce qui est du domaine de l'assistance. En effet, à la suite des lois de décentralisation, la décennie 1980 a vu se mettre en place un ensemble de dispositifs sociaux localisés. Ces derniers visent avant tout, à travers la tentative de reconstitution du tissu social — le plus souvent urbain —, à (re)territorialiser les politiques sociales. Or, ces initiatives amènent à repenser très largement le partage des « pouvoirs » entre élus locaux, fonctionnaires et « professionnels du social » au sens large. Ces interventions locales semblent de plus souffrir d'une technicisation accrue et en parallèle d'un certain déficit de sens, le volontarisme et la mise en œuvre technique des politiques primant sur la réflexion et les projets globaux (Ion, 1990).

Au-delà d'une crise conjoncturelle, nous sommes peut-être en train de franchir une étape dans l'histoire de l'État-providence français. D'une certaine manière, on passerait à une phase « post-Welfare State » qui se caractériserait principalement par cette reterritorialisation des politiques sociales induisant un nouveau partage national-local en matière d'action publique (Pollet, 1993 : 303). Se pose à nouveau avec acuité la question de la capacité d'initiative, voire d'autonomie, du local dans les modes et types d'action publique dirigés vers le social. Le rôle des différentes sphères du local (commune, département, région) semble en effet aujourd'hui en totale recomposition et une des questions les plus intéressantes reste certainement de tenter de saisir les articulations entre les niveaux territoriaux d'intervention (Camus et al., 1993). En effet, l'institutionnalisation de certains dispositifs politico-administratifs nouveaux, et souvent transsectoriels, ne transforme-t-elle pas de fait l'architecture des rapports entre les différents niveaux territoriaux¹⁵ ?

Ainsi, « quand nous parlons de "local" et de "national", nous ne visons pas [...] des substances différentes par nature mais simplement des espaces de relations spécifiques entre acteurs, existant les uns par rapport aux autres [...] C'est justement dans les appropriations locales d'initiatives nationales [...] ou, à l'inverse, dans l'élargissement d'initiatives locales [...] que nous avons cherché à situer la question de l'innovation » (Camus et al., 1993) mais aussi, serions-nous tenté d'ajouter, celles de l'autonomie, de l'initiative et de la complémentarité des différents niveaux territoriaux dans l'invention et la gestion des politiques sociales.

Mais on peut également se demander dans quelle mesure on n'assiste pas surtout à un désengagement de l'État en la matière et à un jeu de dupes engagé entre les différentes collectivités territoriales surtout soucieuses de gestion financière. Les disparités régionales et locales relevées dans le cadre de la mise en œuvre de la politique du revenu minimum d'insertion (RMI) doivent nous servir d'avertissement. Sommes-nous finalement si éloignés des lois d'assistance pour les pauvres et les indigents du dix-neuvième siècle ? Plus que l'effet des lois de décentralisation, le RMI n'est-il pas alors le symbole d'un retour en force du système d'assistance à base territoriale et plus spécifiquement communale ? Avons-nous tellement changé dans la manière d'envisager le traitement de la question sociale et du paupérisme entre la fin du dix-neuvième siècle et aujourd'hui ? La société assurantielle semble se satisfaire d'un dispositif social à plusieurs vitesses, rejetant dans la marginalité et l'assistance une frange toujours plus nombreuse de la population en grande difficulté d'insertion sociale et professionnelle. Si la gestion locale des problèmes sociaux peut

permettre une meilleure proximité et donc une souplesse et une finesse plus grandes dans l'intervention publique, il ne faudrait pas que l'objectif de solidarité nationale et de citoyenneté pour tous soit oublié. La cohésion de la nation et sa capacité de surmonter les crises de cette fin de siècle en dépendent directement.

Gilles Pollet
Institut d'études politiques
de Grenoble

Bibliographie

- BASSALER, J., et J. P. REY. 1986. « La mise en place, à Bordeaux, des caisses de sécurité sociale à la suite des ordonnances de 1945 », Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale, Montpellier, 1985. Paris, AEHSS : 19-51.
- BENABEN, J. M. 1979. « L'aide aux chômeurs à Bordeaux (1920-1940) », Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale, Bordeaux, 1979. Paris, AEHSS : 27-45.
- BRUNET, J. P. 1981. *Un demi-siècle d'action municipale à Saint-Denis la Rouge (1890-1939)*. Paris, Cujas.
- BURDEAU, F. 1983. *Liberté, libertés locales chéries*. Paris, Cujas.
- BURDEAU, F. 1989. *Histoire de l'administration française. Du 18^e au 20^e siècle*. Paris, Montchrestien.
- CAMUS, A., P. CORCUFF et C. LAFAYE. 1993. « Entre le local et le national : des cas d'innovation dans les services publics ». *Revue française des affaires sociales*, 3, juillet-août : 17-47.
- CATRICE-LOREY, A. 1981. *Dynamique interne de la sécurité sociale*. Paris, Economica.
- CAVIGNAC, J. 1986. « La naissance de la sécurité sociale vue par la presse communiste. L'exemple de la Gironde populaire (1944-1947) », Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale, Montpellier, 1985. Paris, AEHSS : 71-83.
- CHAUVIÈRE, M. 1993. « L'assistance républicaine et la famille. Les enjeux de la loi de 1913 en faveur des familles nombreuses », communication à la table ronde Un siècle d'assistance républicaine, autour du centenaire de la loi du 15 juillet 1893, Grenoble, IEP, 14 et 15 décembre. à paraître.
- DESANTI, E. 1986. « La sécurité sociale, première formule de régionalisation en matière sanitaire et sociale », Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale, Montpellier, 1985. Paris, AEHSS : 85-89.
- DESSERTINE, D., et O. FAURE. 1992. « Assistance traditionnelle, assistance nouvelle : coût et financement 1850-1940 », dans A. GUESLIN et P. GUILLAUME, dir. *De la charité médiévale à la sécurité sociale*. Paris, Éditions ouvrières : 139-151.
- DONZELOT, J. 1984. *L'Invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*. Paris, Fayard.
- DUCOS, B. 1985. « Aux origines de la sécurité sociale : les assurances sociales dans la Haute-Garonne (1928-1936) ». Paris, AEHSS, 76 p.
- DUMONS, B., et G. POLLET. 1993. « Élités administratives et élites du social. Les directeurs des bureaux d'hygiène de l'administration municipale de Lyon sous la III^e République », communication présentée au colloque L'administration territoriale de la France de 1750 à 1940, Orléans, 30 septembre-2 octobre 1993, à paraître.
- DUMONS, B., et G. POLLET. 1994. *L'État et les retraites*. Paris, Belin.
- DUPÂQUIER, J. 1988. *Histoire de la population française*. t. 4, *De 1914 à nos jours*. Paris, PUF.
- EWALD, F. 1986. *L'État-providence*. Paris, Grasset.
- FAURE, O. 1984. « La médecine gratuite au XIX^e siècle, de la charité à l'assistance », *Histoire, Économie et Société*, 4 : 593-608.
- FAURE, O. 1988. « Loi d'assistance et modernisation hospitalière dans la région lyonnaise (fin XIX^e-début XX^e) », Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale, Lyon, 1987. Paris, AEHSS : 177-190.
- FAURE, O. 1993. *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*. Paris, Belin.
- GALANT, H. 1955. *Histoire politique de la sécurité sociale française, 1945-1952*. Paris, A. Colin.
- GALITANO, B. 1986. « L'entrée en vigueur en Gironde de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés : incidences budgétaires et difficultés d'application », Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale, Montpellier, 1985. Paris, AEHSS : 161-180.
- GRÉMION, P. 1976. *Le Pouvoir périphérique. Bureaucrates et notables dans le système politique français*. Paris, Seuil.
- GUESLIN, A. 1992. *L'État, l'économie et la société française, XIX^e-XX^e siècles*. Paris, Hachette.
- GUESLIN, A., et P. GUILLAUME, éd. *De la charité médiévale à la sécurité sociale*. Paris, Éditions ouvrières.
- HATZFELD, H. 1963. *Le Grand Tournant de la médecine libérale*. Paris, Éditions ouvrières.
- HATZFELD, H. 1971. *Du paupérisme à la sécurité sociale*. Nancy, Presses universitaires de Nancy.
- ION, J. 1990. *Le Travail social à l'épreuve du territoire*. Toulouse, Privat.
- JOIN-LAMBERT, M.-Th., dir. 1994. *Politiques sociales*. Paris, Presses de la FNSP-Daloz.
- LAROQUE, P. 1946. « Le plan français de sécurité sociale », *Revue française du travail*, 1.
- LATOURE, B. 1984. *Les Microbes. Guerre et paix*. Paris, Métalié.
- MABILEAU, A. 1985. « Les institutions locales et les rapports centre-périphérie », dans M. GRAWITZ et J. LECA, dir. *Traité de science politique*, t. 2, *Les régimes politiques contemporains*. Paris, PUF.
- MABILEAU, A. 1993. *À la recherche du « local »*. Paris, L'Harmattan.
- MAREC, Y. 1992. « République et finances municipales : les budgets sociaux rouennais au XIX^e siècle (1881-1913) », dans A. GUESLIN et P. GUILLAUME, dir. *De la charité médiévale à la sécurité sociale*. Paris, Éditions ouvrières : 161-166.
- MAYEUR, J. M. 1984. *La Vie politique sous la III^e République*. Paris, Seuil.
- MERRIEN, F.-X. 1988. « La loi sur les pensions et le conflit avec le corps médical (1919-1921). Anticipation et genèse d'une relation socio-politique ». Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale, Lyon, 1987. Paris, AEHSS : 375-388.
- MURARD, L., et P. ZYLBERMAN. 1993. « Experts et notables. Les bureaux municipaux d'hygiène en France (1879-1914) ». *Genèses*, 10, janvier.
- NOIRIEL, G. 1989. « État-providence et colonisation du monde vécu : l'exemple de la

- loi de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes », *Prévenir*, 2 : 99-112.
- PAQUY, L. 1993. *L'Organisation institutionnelle de l'hygiène publique dans la seconde moitié du XIX^e siècle : le conseil d'hygiène publique et la commission des logements insalubres*. Mémoire de fin d'études, Grenoble, Institut d'études politiques.
- PAQUY, L. 1994. *La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique en France. Genèse et applications dans le département de l'Isère 1870-1914*. Mémoire de DEA d'Histoire, Université Lyon II.
- PICARD, R. 1921. « Les progrès de la législation ouvrière en France pendant et depuis la guerre », *Revue internationale du travail*, III, 1-2, juillet-août.
- POLLET, G. 1993a. « Pouvoir municipal et État-providence. Les administrateurs lyonnais du social (1880-1930) », dans S. BIAREZ et J. Y. NEVERS, dir. *Gouvernement local et politiques urbaines*. Grenoble, IEP/CERAT : 303-318.
- POLLET, G. 1993b. « Les budgets municipaux et les dépenses d'assistance à Lyon (1880-1940) : éclairage sur le modèle républicain de protection sociale », communication à la table ronde Un siècle d'assistance républicaine, autour du centenaire de la loi du 15 juillet 1893, Grenoble, IEP, 14 et 15 décembre, à paraître.
- RENARD, D. 1989. « Logique d'assistance et logique d'assurance : l'exemple des assurances sociales », communication à la table ronde franco-allemande Histoire des politiques sociales de la France et de l'Allemagne aux 19^e et 20^e siècles, Arc-et-Senans, 5-7 octobre, 33 p.
- ROMANACCE, M. 1979. « La loi du 30 juin 1838 sur les Aliénés », Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale, Nancy-Metz, 1978. Paris, AEHSS.
- ROSANVALLON, P. 1990. *L'État en France. De 1789 à nos jours*. Paris, Seuil.
- SALOMON-BAYET, C. 1986. *Pasteur et la révolution pastorienne*. Paris, Payot.
- SARRAZ-BOURNET. 1934. *Répercussions des lois d'assurances sociales sur les lois d'assistance obligatoire*. Journal officiel, Documents administratifs, Annexe du 1^{er} novembre : 795-826.
- SARRAZ-BOURNET. 1938. *Répercussions des lois d'assurances sociales sur les lois d'assistance obligatoire*. Journal officiel, Documents administratifs, Annexe du 10 novembre : 1299-1321.
- SKOCPOL, T. 1993. « Formation de l'État et politiques sociales aux États-Unis ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 96-97, mars : 21-37.
- TEXIER, S. 1978. « La part de l'assistance dans les budgets départementaux de la Gironde de 1840 à 1940 », Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale, Nancy, 1978. Paris, AEHSS : 201-211.
- THOENIG, J.-C. 1980. *L'Administration des routes et le pouvoir départemental. Vie et mort de la vicinalité*. Paris, Cujas.
- TOPALOV, C. 1994. *Naissance du chômeur 1880-1910*. Paris, Albin Michel.
- WURCELDORF, L. 1982. « La caisse régionale de sécurité sociale de Paris. De la naissance de la caisse à la "politique des châteaux" (1944-1951) », Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale, Perpignan, 1981. Paris, AEHSS : 241-261.
- loi. » Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, article 19, titre II, paragraphe 2.
- ¹⁰ *La Gironde républicaine*, 25 février 1957, reprenant un article du journal *Le Peuple*, cité par Cavignac, 1986 : 80.
- ¹¹ En matière de secours aux chômeurs, quelques tentatives existaient au plan local depuis le début du vingtième siècle et s'étaient développées pendant le premier conflit mondial, avec l'appui de l'État, puis dans l'entre-deux-guerres (Picard, 1921 ; Benaben, 1979 ; Topalov, 1994).
- ¹² Sur la charte de 1898 et l'organisation antérieure de la Mutualité française, voir l'article de Bernard Gibaud.
- ¹³ La possibilité de créer une section locale a ensuite été subordonnée à un accord exprès de la caisse primaire par le décret du 22 décembre 1967.
- ¹⁴ Ces campagnes de presse et leurs prolongements juridiques se solderont tout de même par le suicide, en janvier 1951, du directeur de la caisse régionale de sécurité sociale de Paris (Wurceldorf, 1982 : 260).
- ¹⁵ On peut prendre ici les exemples concrets de dispositifs récents tels que le Plan intégré méditerranéen (PIM), le Développement social des quartiers et le Développement social urbain (DSQ, DSU), la politique du RMI, l'émergence de délégations interministérielles à la jeunesse puis à la ville (DIJ et DIV), les politiques départementales, régionales et trans-régionales, les processus d'intercommunalité, etc.

Notes

- ¹ Nous serons redevables, pour l'ensemble de cette partie, à la recherche novatrice de Lucie Paquy (1993).
- ² *Ibid.* : 29 et suivantes ; Docteur Gabriel Roux, « La défense sanitaire des villes. Les bureaux d'hygiène », conférence faite le 14 avril 1891 au Palais Saint-Pierre sous les auspices de la Société des anciens élèves de la Martinière, Lyon, Imprimerie Léon Delaroché et Cie, 1891 : 35.
- ³ Pour plus de précisions sur l'organisation pyramidale et complexe de ces institutions, voir Paquy, 1993 : 34-49.
- ⁴ Dans la Gironde, étudiée par Sophie Texier (1978), le département supporte plus des trois quarts des dépenses, au moins jusqu'au début du vingtième siècle. Après que les subventions d'État ont augmenté fortement, vers 1900-1910, le département assure à nouveau l'essentiel des dépenses.
- ⁵ En Gironde, la catégorie « aliénés » arrive en seconde position dans les dépenses du département, même après la mise en œuvre des législations de 1893 et de 1905. On note une augmentation notable de ce volume budgétaire après 1880, vers 1900 et de 1920 à 1940 (Texier, 1978).
- ⁶ Georges Chalot, *Les bureaux d'hygiène de France*, thèse de doctorat en médecine, Université de Toulouse, Imprimerie coopérative toulousaine, 1906.
- ⁷ Docteur Gabriel Roux, « La défense sanitaire [...] », *op. cit.* « Lyon et la région lyonnaise en 1906 », Lyon, A. Rey et Cie, 1906, 2 vol. : 663-664.
- ⁸ Docteur Gabriel Roux, « La défense sanitaire [...] », *op. cit.*
- ⁹ « Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus et dans les communes d'au moins 2.000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal, il sera institué, sous le nom de bureau d'hygiène, un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la présente