Document generated on 07/18/2025 11:52 p.m.

International Review of Community Development
Revue internationale d'action communautaire

Théorie des besoins, luttes pour la santé et expériences de médecine critique dans la région de Naples
The theory of need: struggles for health and radical health models in the Naples region
Teoría de las necesidades, luchas por la salud, y experiencias de medicina crítica en la región de Nápoles

Jean-Claude Paye and Nicoletta Mascilli

Number 11 (51), Spring 1984

La prévention, entre le contrôle et l'autogestion

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1034630ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1034630ar

See table of contents

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)
2369-6400 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Paye, J.-C. & Mascilli, N. (1984). Théorie des besoins, luttes pour la santé et expériences de médecine critique dans la région de Naples. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (11), 111–122. https://doi.org/10.7202/1034630ar

Article abstract

The authors reject an approach in terms of deviance and normality in favour of an approach based on the needs of the working class. Using the work done by A. Heller on the theory of need and the problems she discusses, the article describes the effect that this author has had in Italy. The concept of need is essential if one is to be able to understand the new characteristics of the working class.

The contribution of the Italian "movimiento" has also been important for struggles in factories as well as in the community. If Italy constitutes in some ways an exception, it is because it is the only European country where one can speak of working class autonomy in relation to state and private management. Furthermore, no prevention policy has been adopted largely because working class autonomy has reduced manoeuvering room for the state. In this sense, the authors argue that prevention policy can be seen as a kind of anticipation of power rather than as an expression of the needs of the working class.

It is in this context that the struggles for health and the experience of the Center for Social Medicine of Guigliano (near Naples) are discussed.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1984

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

les luttes pour la santé : l'État anticipe-t-il ou non ?

Théorie des besoins, luttes pour la santé et expériences de médecine critique dans la région de Naples

J.-C. Paye
N. Mascilli

Toute politique sociale, qu'elle se pose en termes de prévention ou comme intervention en situation de crise, repose sur des notions de normalité et de déviance. La déviance existe toujours par rapport à une norme et elle implique un jugement moral. Un comportement déviant est un comportement qui s'oppose de fait aux conventions dominantes.

L'ordre social tend à trouver sa justification, surtout si l'idéologie scientiste est dominante, dans l'objectivité des lois naturelles. Le déviant est alors identifié comme un malade ou comme un être biologiquement anormal, bien que les théories de la déviance qui prévalent aujourd'hui tendent à accentuer, par rapport aux conceptions passées, l'importance des facteurs sociaux dans la détermination des comportements étiquetés comme déviants [1].

Toute politique de prévention est donc normative, dans le sens où elle répond à une nécessité de cohésion sociale, de reproduction d'un rapport de domination. La norme correspond aux intérêts d'une classe dominante et c'est un instrument de répression et de sélection des besoins des classes dominées. Cependant, on ne peut soutenir que la déviance est en soi « alternative » ou « subversive » parce que son image semble sortir des règles du système. Et cela, pour plusieurs raisons : d'une part, parce que le déviant ne se situe pas en dehors de la société. Il y est même très bien intégré, même s'il en est apparemment exclu. La faiblesse de son rapport de force ne lui permet pas de faire front contre l'utilisation dont il est l'objet de la part des politiques sociales. D'au-

tre part, parce qu'on ne choisit pas d'être déviant, de même qu'on ne choisit pas d'être malade ou de souffrir d'un trouble psychique.

Il s'agit là d'une opposition qui reste individuelle. De plus, la déviance, et surtout la folie, contiennent souffrance et confusion. Elles ne sont pas en elles-mêmes socialement utilisables contre le système, sinon comme exemple de la possibilité d'un refus ; mais ce type de refus peut difficilement être pris comme modèle, car la déviance ou la folie apparaissent comme exemples de tentatives avortées contre la normalité.

Normalité et déviance sont les deux faces d'une même pièce. Ce sont ces deux « alternatives » que la société nous propose. Pour en sortir, il nous faut poser le problème autrement. Nous devons mettre en avant que la déviance est un épiphénomène d'un système social qui s'érige comme répression des besoins des classes dominées.

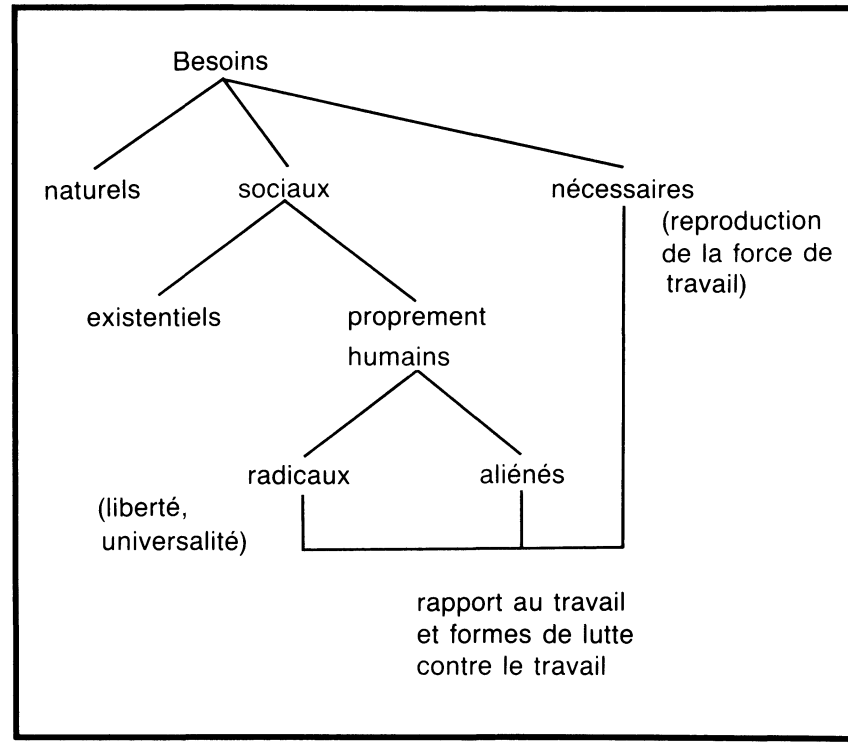
Donc, plutôt que de prendre comme référence les nécessités de l'ordre bourgeois, nous nous baserons sur les besoins de la classe ouvrière. Nous sortons ainsi d'un type d'opposition individuelle qui ne peut conduire qu'à une impasse, pour mettre en avant un ensemble de besoins collectifs qui constituent la base d'une transformation sociale conduisant à la réalisation d'un « homme nouveau ».

La théorie des besoins

L'émergence historique de la notion de besoin est relativement récente. Elle découle de la crise du marxisme traditionnel. Celui-ci avait relégué le concept de besoin à un strict point de vue humaniste. Si l'interprétation structuraliste du marxisme a complètement évacué ce concept, la première étude approfondie sur la théorie des besoins chez Marx a été l'oeuvre d'Agnès Heller, disciple de G. Lukacs. Bien que philosophique [2], son angle d'approche a très rapidement trouvé un écho important parmi de nombreux éléments de la gauche extra-parlementaire en Italie. Pour eux, le concept de besoin s'avéra indispensable pour étudier la nouvelle composition de la classe ouvrière : il trouvait ainsi, à travers les luttes prolétariennes en usine et sur le « territoire », le fondement matérialiste qui permettait son utilisation et son développement.

Il nous paraît donc utile de rappeler le cadre conceptuel qui a largement inspiré le mouvement italien ; à ne pas le prendre en considération, on risquerait fort de laisser échapper ce qui en fait la spécificité.

Le cadre conceptuel, tel que A. Heller a pu le reconstituer, repose sur une distinction fondamentale entre besoins sociaux et besoins nécessaires, que l'on peut schématiser de la façon suivante :



La théorie des besoins chez Marx

La théorie marxiste des besoins ne considère pas l'existence de « *besoins naturels* » ; ceux-ci ne sont pas un ensemble de besoins mais un concept-limite : toute frontière — variable selon les sociétés — au-delà de laquelle la vie humaine en soi ne peut plus se reproduire, la frontière de la simple survie. On ne parle donc pas de « besoins naturels » mais de la frontière existentielle de la satisfaction des besoins. Pour la théorie marxiste, tous les besoins, même les besoins apparemment les plus naturels, sont des *besoins sociaux* : ils sont socialisés par la façon de les satisfaire ou parce qu'ils sont produits socialement. Ainsi, on aura :

— Les « besoins existentiels », fondés sur l'instinct d'auto-conservation (besoin de nourriture, besoin sexuel, besoin de contact social et de coopération, besoin d'activité, etc.). Ils ne peuvent être définis comme « naturels » puisqu'ils sont marqués par les conventions et les habitudes. Prenons l'exemple de la nourriture. La consommation de calories dans certaines sociétés est nettement inférieure au minimum indispensable pour la survie dans nos sociétés européennes modernes et pourtant les membres de ces sociétés ne sont pas sous-alimentés.

— Les « *besoins proprement humains* ». Les plus importants sont les besoins « *radicaux* » : ce sont les besoins d'activité culturelle, d'amitié, d'amour, de liberté, de justice, d'égalité, de connaissance, d'universalité. Ils ne sont apparemment pas liés aux besoins immédiats du corps ; ils peuvent, dans certains cas, coïncider avec les besoins existentiels ; ils ont un caractère qualitatif. Les besoins humains peuvent, par ailleurs, être *aliénés* : besoin d'argent, besoin de pouvoir, besoin de possession. Avec le développement du capitalisme et, parallèlement, avec la contrainte pour la classe ouvrière de lutter pour la satisfaction des seuls besoins existentiels, les besoins aliénés ont pris le dessus sur le reste des besoins proprement humains ; ils ont un caractère quantitatif (accumulation pratiquement infinie) et seul le processus de développement des besoins qualitatifs peut interrompre cette accumulation.

La théorie marxiste des besoins définit également la notion de « *besoins nécessaires* » ; ceux-ci font référence au « travail nécessaire », c'est-à-dire à cette partie de la journée de travail qui est nécessaire pour reproduire la force de travail elle-même, le reste étant le surtravail accaparé par le capitaliste. Le travail nécessaire fournit au travailleur un salaire qui doit lui permettre de reproduire sa force de travail et de satisfaire ses besoins nécessaires. Il s'agit de besoins qui doivent être satisfaits pour qu'il continue à travailler. Ces besoins sont socialement déterminés, que ce soient les besoins de subsistance telle la nourriture, ou les vêtements, les loisirs, etc. Ils sont déterminés historiquement et varient d'une période à l'autre, selon le rapport de force entre travailleurs et patrons. Ainsi, les luttes pour le salaire visent à acquérir les moyens nécessaires pour reproduire de manière élargie, par l'obtention de nouveaux biens et la satisfaction de nouveaux besoins, la force de travail.

Le problème essentiel que soulève la théorie marxiste des besoins est de savoir comment s'effectue le passage de la lutte pour la satisfaction des besoins nécessaires à la lutte pour la satisfaction des besoins radicaux. En d'autres termes : comment passer d'une revendication économique (satisfaction de besoins qualitatifs quantifiés) à une revendication politique (satisfaction de besoins ayant un caractère qualitatif) ? Le lien qui unit les deux niveaux de besoin, c'est le travail.

Au fur et à mesure que le capitalisme se développe, le travailleur perd progressivement la maîtrise des moyens de production. Le travail à la chaîne, l'extrême parcellisation des tâches, l'introduction intensive du machinisme jusqu'aux procès automatiques de production, réduit le travail à n'être plus qu'une simple dépense de force de travail. En l'absence de tout travail concret, le travailleur se sent de plus en plus étranger au procès de production. À ce niveau, l'aliénation est totale et le besoin radical d'universalité se révèle le plus intense : la société capitaliste ne produit pas seulement l'aliénation, elle produit aussi nécessairement la conscience de cette aliénation, du besoin de la supprimer, du besoin d'universalité.

À l'aliénation la plus forte correspond le besoin d'universalité le plus élevé. Le fondement se trouve dans le fait que le travail n'est plus pour le travailleur que simple contrainte, aliénation. Le besoin d'universalité répond à la prise de conscience du travailleur qu'il lui faut épanouir sa personnalité et ne pas la subordonner à la division du travail. Le besoin d'universalité est lié à la nécessité de faire face à la domination du capital au niveau de l'ensemble de la société.

La société capitaliste engendre donc les besoins radicaux. Ils font partie du corps social capitaliste, mais ils ne peuvent être satisfaits en son sein. C'est ce qui oppose *les besoins d'universalité et de liberté* aux besoins nécessaires qui relèvent de la reproduction de la force de travail. Par leur existence, l'ensemble des besoins sont indispensables au fonctionnement du système capitaliste. Les luttes ouvrières ayant pour but la reproduction et l'élargissement des besoins nécessaires servent d'aiguillon à l'augmentation de la productivité du travail et ainsi au développement du capital. Les besoins d'universalité et de liberté fondent une offensive permanente du prolétariat au niveau politique qui le constitue en tant que classe et qui rythme ainsi le développement du corps social bourgeois. Ces besoins radicaux servent ainsi de remise en cause permanente du système capitaliste jusqu'à sa destruction, puisqu'ils ne peuvent être satisfaits au sein de cette société.

La pensée selon laquelle les besoins radicaux se constituent à partir du travail est un fil conducteur qui traverse toute l'oeuvre de Marx. La pensée de Marx se construit comme procès de composition de classe à partir d'une subjectivité qui s'exprime dans la lutte contre le travail. Le problème est que la lutte contre le travail est ici une notion a-historique. La construction théorique de Marx ne pouvait être qu'une tendance, la réalisation d'une nécessité. Elle ne pouvait pas

avoir pour base matérielle une étude phénoménologique de comportements de classe qui n'existaient pas encore. C'est seulement à notre époque que la lutte ouvrière s'exprime comme lutte contre le travail. Ayant perdu toute maîtrise du procès de travail, la classe ne peut plus se recomposer à partir d'un projet socialiste de contrôle ouvrier. Mais l'universalité de ses comportements et de ses besoins expriment une opposition directement politique à la société capitaliste.

Marx, ne pouvant se fonder sur ces comportements ouvriers, pouvait construire uniquement une théorie abstraite, qui pour géniale qu'elle soit, privée de base matérielle, peut laisser libre cours à une interprétation philosophique et a-historique, de libération de l'homme.

D'autre part, cette pensée s'exprime d'une manière objectiviste dans la mesure où l'apparition des besoins radicaux est permise par le développement des forces productives. Celles-ci constituent la base matérielle qui permet de sortir du « domaine de la nécessité » et d'ouvrir le « domaine de la liberté ».

La construction du besoin d'universalité révèle bien cette dualité : procès subjectif de recomposition de classe et conséquence objective du développement du capital.

La théorie des besoins exprime la double nature du prolétariat, élément de reproduction du système capitaliste et élément d'une société communiste. La classe ouvrière se caractérise par le fait qu'elle répond à ses intérêts particuliers (besoins nécessaires) en même temps qu'elle marque l'avènement de besoins radicaux. Le lien entre les deux types de besoins est assuré par le travail vivant, par la lutte contre le travail, contre sa soumission à l'exploitation, à la domination du capital. Si on se réfère à nouveau aux termes de « norme » et de « déviance », on peut dire que les besoins ouvriers constituent à la fois la norme du système — la reproduction de celui-ci — et sa déviance — son dépassement. Il reste que la question de la norme et de la déviance est dépassée par rapport à une problématique dont le centre est constitué par le questionnement sur la composition de la classe prolétarienne. C'est bien en fonction des comportements de celle-ci qu'il faut chercher à y répondre.

L'apport du mouvement italien

Bien qu'il mette en évidence l'importance des besoins radicaux dans l'approche de Marx, ainsi que la nécessité d'opposer les besoins radicaux aux besoins nécessaires, le discours d'Agnès Heller est réducteur par rapport aux nouveaux besoins manifestés dans les luttes. La notion de besoin radical indique bien un changement, mais la perspective semble seulement éthique, sans fondement matérialiste. Le mouvement qui s'est développé en Italie dans les années 70 a permis de montrer que les luttes et, plus généralement, les luttes sur le « territoire », étaient porteuses de besoins radicaux d'appropriation ; plus, elles étaient l'expression directe d'un pouvoir politique [3].

Le mouvement italien a mis à jour le fait que les nouveaux besoins qui s'exprimaient dans les luttes fondaient — d'une manière matérialiste — la qualité d'un nouveau sujet de classe ; point de distinction léniniste entre les besoins immédiats exprimés par la classe dans ses luttes quotidiennes et les besoins réels gérés par le parti ; la subjectivité de classe s'affirmait directement comme besoin politique d'appropriation et de construction immédiate de nouveaux rapports sociaux. À ce niveau, on a assisté à l'éclatement de la vieille division économique — politique. Toute lutte apparaissait comme politique ; toute lutte était organisation de la subjectivité de classe. De l'approche philosophique des besoins développée par A. Heller, on passait à une phénoménologie de ceux-ci. Le passage a signifié qu'au-delà de l'idéologie des besoins, il s'agissait de saisir la qualité réelle de la subjectivité de classe, son degré de socialisation, son expression politique. Au lieu de classifier les besoins en élémentaires, radicaux, individuels, etc., ce qui importait surtout était de dégager le niveau d'auto-organisation se traduisant en pratique politique de masse [4]. La phénoménologie des besoins ne se voulait pas description passive, mais procès de reconstruction de la composition de la classe, projet d'organisation.

Ici, la construction théorique a envahi tout le social : de l'usine au « territoire » et inversement. Les besoins nouveaux ont permis de construire un nouveau concept de travail productif, se référant à une valeur d'usage qui n'était pas seulement valorisation du capital mais qui était surtout auto-valorisation prolétarienne. À la socialisation du capital s'ajoutait la socialisation des

luttes. Comme le soulignait P.A. Rouatti : « La théorie des besoins ne peut être vue de manière naturaliste ou mécaniste, ni comme simple catégorie économique ou philosophique. Dans la situation actuelle, elle introduit un élément politico-subjectif. En reconnaissant cela, toute position déterministe ou néo-déterministe part en morceaux, ainsi que tout fixisme objectif dans l'analyse de classe ainsi que dans l'organisation [5] ».

La théorie des besoins est alors essentiellement politique par sa méthode et son contenu ; elle a une fonction théorique et une fonction stratégique : un projet politique de recomposition de classe. Il s'agit de mettre en évidence les éléments unifiants, l'homogénéité des besoins portés par les luttes d'usines, de quartiers, de femmes... qu'un premier regard pourrait classer comme hétérogènes.

Prévention et théorie des besoins

Toute politique sociale, et donc toute politique de prévention sociale, doit être analysée, si on veut dépasser le simple discours d'auto-justification de la politique suivie, à partir d'une phénoménologie des besoins des populations concernées. Seule une telle approche permet de dépasser le discours du pouvoir établi exposé en termes de déviance-normalité. Si la lutte prolétarienne est émergence de nouveaux besoins transcendant le capitalisme, toute politique sociale est hiérarchisation, sélection et répression des besoins.

En fait, la question des besoins prolétariens devient centrale dans l'histoire du capitalisme à partir du moment où la reproduction de plus-value relative devient dominante dans la valorisation du capital (c'est-à-dire le moment où les éléments de reproduction de la classe ouvrière sont produits par le mode de production capitaliste).
Ce stade de la production est caractérisé par la politique keynésienne, c'est-à-dire une politique qui planifie un développement du capital à partir d'un accroissement contrôlé de la demande effective des revenus des travailleurs. Ici, les luttes ouvrières sont utilisées de manière consciente par le capital pour assurer son développement. Pour lui, le problème est de contrôler l'accroissement des salaires dans des proportions compatibles avec sa rentabilité, c'est-à-dire de soumettre les augmentations salariales à l'accroissement de la productivité du travail [6].

Les politiques sociales sont partie intégrante de l'intervention de l'État dans la reproduction de la force de travail. Il s'agit d'utiliser les besoins prolétariens, de les rendre fonctionnels au développement du capital, de les réduire à des besoins nécessaires.

La prévention est une politique au plein sens du terme. C'est-à-dire qu'il s'agit d'une politique qui parvient à devancer l'expression des besoins, qui est capable d'utiliser les besoins contre les luttes. On peut dire que la prévention est la pleine réalisation d'une politique sociale dans la mesure où *elle consacre l'anticipation de l'action du pouvoir par rapport à l'expression des besoins*. Elle est caractéristique de l'initiative de l'État par rapport aux luttes.
En assurant une satisfaction des besoins de reproduction de la force de travail qui soit conforme à ses intérêts, la classe dominante désamorce le processus qui conduit des désirs aux besoins, des besoins individuels à l'organisation de luttes pour leur satisfaction collective.

La prévention est autonomie de l'action de l'État. Cette autonomie ne peut exister que s'il y a anticipation par rapport aux luttes, que si l'État peut jouer les besoins contre les luttes. C'est généralement de cette manière que se sont construites les politiques sociales dans nos pays. En prenant en charge les besoins nécessaires, l'État a devancé les conflits pouvant remettre en cause sa domination en empêchant toute autonomie ouvrière, toute liaison entre besoins nécessaires et besoins radicaux.

C'est à ce niveau que les expériences italiennes sont intéressantes. Il s'agit du seul pays européen où l'on puisse parler de l'existence d'une autonomie ouvrière par rapport à la gestion patronale : existence limitée dans le temps, mais qui ouvre un champ d'investigation nouveau. Cette autonomie fut le fait de luttes dans les usines, à la Fiat ou à l'Alfa Roméo, mais aussi sur le « territoire » ; auto-réductions, luttes dans les quartiers pour des appropriations de logements, luttes pour la santé qui assuraient le lien entre l'usine et le « territoire ».

C'est donc le seul pays européen où, pendant une période que nous pouvons situer fin des années 60-début des années 70, il n'y a pas eu de politique de prévention. L'autonomie de l'action ouvrière a réduit la marge de manoeuvre de l'État, a plié l'autonomie du politique à la dynamique des luttes. Nous pensons qu'il s'agit là d'une expérience unique, où l'État, incapable d'anticiper les mouvements de luttes, ne peut qu'essayer de les rattraper. Ici, il est possible de dégager l'autonomie des besoins et des luttes prolétariennes. Cette période historique a été en effet marquée par l'initiative ouvrière. Cette autonomie, procès de recomposition de classe comme auto-valorisation

ouvrière, signifie liaison entre les besoins nécessaires, ceux de la force de travail, et les besoins radicaux, ceux de la classe ouvrière comme classe pour soi.

Les luttes pour la santé sont un bon exemple de l'articulation de ces deux éléments. Telles qu'elles se sont développées dans les usines, il s'agissait à la fois d'une défense de la force de travail dépréciée par les conditions de travail et d'une revendication radicale selon laquelle la santé du travailleur primait sur la valorisation du capital (refus du monnayage de la santé, c'est-à-dire de l'acceptation de mauvaises conditions de travail contre des gratifications salariales).

L'expérience napolitaine

Les premières expériences alternatives dans le domaine de la santé datent du début des années soixante et se réalisent d'abord à travers la lutte contre l'institution.

La situation de l'assistance psychiatrique à l'époque se caractérise par le fait que la Campanie est une espèce de *camp de concentration* de malades mentaux. Les cinq institutions existantes accueillent non seulement les malades de la région, mais également un nombre considérable de malades venant d'autres régions d'Italie ; de plus, la Campanie compte à elle seule deux asiles judiciaires sur six pour toute l'Italie.

C'est dans ce contexte très difficile que vont se développer les expériences de « renversement institutionnel » qui s'inspirent des principes de la communauté thérapeutique. La communauté thérapeutique n'est pas un but en soi ; c'est un instrument utile à la destruction de l'asile. Il s'agit des expériences de l'Hôpital psychiatrique de « Materdomine [7] », de l'H.P. Provincial « L. Bianchi » et de l'H.P. du « Frullone ».

Quant à l'assistance sanitaire en général, Naples et sa région se caractérisent par la non-prise en charge institutionnelle de ces problèmes. Tout le monde est convaincu depuis de nombreuses années de l'arriération, de la désagrégation et de l'inefficacité de l'assistance sanitaire publique.

Mais la connaissance de masse de ce problème est née en 1973, avec l'épidémie de choléra. À partir de ce moment, l'état effrayant des hôpitaux, l'insuffisance des services sanitaires, etc., sont devenus des réalités tangibles. C'est ainsi qu'à Naples, plus que partout ailleurs en Italie, il a été facile de relier le mauvais traitement humain des psychiatrisés avec l'état général de l'assistance sanitaire, voire les conditions de vie déplorables que connaissent la majorité des habitants de cette région.

En effet, un rapide aperçu de la situation socio-économique de Naples et de sa région nous offre une image effroyablement proche d'une quelconque zone du Tiers-Monde : précarité de l'emploi, chômage non indemnisé, travail au noir, contrebande, prostitution, travail des enfants, absence de scolarité obligatoire, degré d'alphabétisation très faible, promiscuité, épidémies, malnutrition, mortalité infantile, etc.

La situation napolitaine offre donc un terrain idéal pour favoriser la prise de conscience radicale de la santé comme impliquant un minimum vital, des conditions sanitaires satisfaisantes, des espaces de liberté, c'est-à-dire un concept global de santé impliquant la liaison entre besoins nécessaires et besoins radicaux.

À partir des années 70, ces expériences, en particulier celle du « Frullone » et du Centre médico-social (C.M.S.) de Giugliano, ont

revêtu un caractère particulier par rapport aux expériences analogues menées dans d'autres régions d'Italie. Outre le contexte méridional et métropolitain dans lequel elles se sont développées, elles se caractérisent par la non-séparation entre la protection de la santé physique et la protection de la santé mentale et prennent place dans un discours plus large sur la santé en général.

Divers facteurs contribuent à donner une autre orientation à une pratique exclusivement centrée sur l'asile : la prise de conscience que la lutte contre la marginalisation et la souffrance ne s'épuise pas à l'intérieur de l'asile « amélioré » ; les nouvelles expériences de travail et de lutte dans le domaine de la santé ; le développement des luttes des groupes de « marginalisés » (femmes, prisonniers, chômeurs, etc.) qui se multiplient après 1968 ; la carence, sinon l'inexistence, de structures sanitaires ; l'exigence d'une réforme de l'assistance sanitaire que le mouvement ouvrier réclame depuis des années ; la qualité différente des luttes ouvrières à partir de 1969 [8].

Les années 68-70 marquèrent une étape importante pour les luttes ouvrières. Les mouvements dans les usines et les écoles retentirent sur les quartiers et eurent un impact important dans les couches des marginaux, ceux qu'on appelle le sous-prolétariat.

À la fin des années 60 commencèrent en effet, les luttes « pour la maison » qui réunirent pour la première fois en un front unique le prolétariat et le sous-prolétariat. Ces luttes connurent leur point culminant en septembre 1969 avec l'occupation massive de mille appartements.

C'est à partir de là que, sous la poussée de quelques ouvriers d'usine, s'organisèrent spontanément les premiers comités de quartier qui furent le point de départ de luttes sur le thème de la santé et de la constitution de centres sanitaires populaires, constitués de quelques techniciens de la santé mais surtout de militants.

En août 1973 éclata l'épidémie de choléra face à laquelle les autorités sanitaires firent la démonstration de leur incapacité totale. Mais cette épidémie donna naissance à une lutte généralisée pour la santé que guida la volonté de ne plus monnayer sa santé, que ce soit à l'usine ou ailleurs.

En octobre 1973, 18 groupes de travail sur la santé à l'intérieur de 18 comités de quartier de Naples se réunissent en collectif, les « Centres sanitaires populaires » (C.S.P.). Ce sont des « organismes de quartier qui s'occupent surtout de problèmes liés à la santé ». Ils combattent la médecine officielle et la figure classique du médecin, qui isolent la maladie du contexte social où elle naît et qui, donc, oublient et accentuent les contrastes sociaux existants [9].

Les C.S.P. généralisent les principes de « groupe homogène », « subjectivité ouvrière » et « rapport à trois », principes issus des luttes menées par les ouvriers à l'intérieur des usines, qui se basent sur la non-monétarisation de la santé des travailleurs. Ces principes visent à démultiplier et à contester les règles qui régissent le rapport traditionnel technicien de la santé/malade. Ces même principes seront repris dans le schéma d'intervention du centre de médecine sociale de Giugliano.

Les principes des Centres sanitaires populaires

Le « groupe homogène » désigne le groupe de travailleurs (qu'ils fassent ou non le même travail) qui sont exposés aux mêmes agents nocifs au cours du procès de travail. Il devient le sujet de l'intervention sanitaire, c'est lui qui la désigne. Il se pose donc comme sujet collectif actif à la place du traditionnel objet passif représenté par le malade de la médecine traditionnelle.

La « subjectivité ouvrière » est l'ensemble des expériences et des connaissances du groupe homogène (c'est-à-dire l'expression d'un groupe qui, par sa forte homogénéité, peut s'exprimer sans médiation, qui a un pouvoir politique direct). Elle devient un facteur déterminant dans l'intervention sanitaire. La validation de l'intervention sanitaire se fera alors à l'intérieur du groupe homogène et se fondera sur l'expression de la subjectivité ouvrière quant aux symptômes qu'elle vérifie sur son propre organisme en référence au milieu de travail où elle se trouve, et non sur la base de mesures telles que le M.A.C. (Minimum de concentration acceptable d'une substance toxique dans un milieu de travail, mesure limitée du point de vue scientifique car elle est établie sur des animaux et comme telle ne peut être transposée automatiquement sur l'homme). La subjectivité ouvrière acquiert une validité scientifique vis-à-vis des agents toxiques à l'intérieur du groupe homogène. Elle devient donc l'instrument principal de vérification du déroulement et du résultat de l'intervention sanitaire. Le « rapport à trois » : en plus des techniciens de la santé et du groupe d'ouvriers, entre en jeu l'organisation historique propre des travailleurs.

Constitués en majorité d'étudiants universitaires, de quelques médecins, de groupes d'ouvriers, les C.S.P. menèrent une analyse des conditions socio-sanitaires de la ville. L'instrument de cette analyse fut l'« enquête sanitaire de masse » : celle-ci permet de mettre en évidence les responsabilités politiques, mais aussi de parler avec les gens, de connaître leurs besoins et d'isoler des thèmes de rassemblement et de lutte.

Une première enquête fut donc menée après l'épidémie de choléra. C'est ainsi que fut mise en évidence l'incapacité totale de la Région à prendre des initiatives aptes à promouvoir la santé. En effet, on découvrit que la Région de Naples était une des seules à ne pas avoir élaboré de programmation régionale de médecine préventive, et surtout à avoir laissé, chaque année, dans les caisses de la médecine sociale, des milliards de lires non dépensés. Cette première enquête donna lieu à une série d'initiatives dans différents quartiers ; tout d'abord pour l'habitat, les égoûts, les services sociaux, les écoles ; mais également des initiatives pour répondre à des problèmes plus immédiats, tels que les désinfections, les vaccinations, etc.

Immédiatement après l'épidémie de choléra, dans plusieurs quartiers, il y eut accroissement d'une demande générale de santé. Face à l'incapacité des institutions officielles à promouvoir des initiatives qui auraient pu répondre à cette demande, les gens des quartiers s'adressèrent aux C.S.P. pour qu'ils organisent des services de « consultation ». Ceux-ci ne pouvaient pas répondre à cette demande puisque très peu d'entre eux disposaient d'un médecin et de l'infrastructure nécessaire. C'est ainsi que des dix-huit centres, trois seulement ont survécu.

Le bilan de ce large mouvement de lutte contre la souffrance dans toutes ses formes d'expression était quelque peu défaitiste. Il avait été difficile de dépasser la mobilisation spontanée de quartier et fondamentalement peu de choses avaient changé depuis l'épidémie de choléra. *Faute*, disait-on, *de techniciens*, ou de cohésion avec les forces démocratiques locales, ou bien encore *faute d'une plus grande ouverture géographico-politique* (en particulier vers les luttes dans les usines). *Faute*, pensaient aussi certains, *d'un lieu réel de mise en acte des revendications* [10].

C'est dans ce contexte que naît l'expérience de Giugliano (commune semi-agricole à la périphérie de Naples et qui correspond à la 23e Unité sanitaire locale (U.S.L.) [11]. Après six mois de travail avec l'un de ces collectifs, une quinzaine de travailleurs sociaux (médecins, infirmiers, assistantes sociales) qui sortaient de l'expérience de démantèlement de l'asile psychiatrique de Trieste, proposèrent l'institutionnalisation, au niveau local, d'une structure sanitaire devant permettre de réaliser une gestion globale de la santé. Il est intéressant de remarquer que l'institutionnalisation est vue comme une nécessité par ceux-là même qui sortent d'une expérience de désinstitutionnalisation. Nous reviendrons sur cet aspect plus loin.

Un projet fut présenté à la Région qui accepta de le financer en tant qu'expérience pilote en vue de la prochaine Réforme sanitaire.

La structure sanitaire proposée dans ce projet devait :

— être un centre public, c'est-à-dire dépendant d'une institution locale « afin de réaliser concrètement un moment démocratique fondamental dans le discours sur la Réforme sanitaire » ;
— être une structure polyvalente [12], c'est-à-dire pouvant accueillir n'importe quel type d'usager ;
— fonctionner en équipe unique afin de ne pas créer de barrières entre les services et à l'intérieur des différentes spécialisations ;
— comprendre un service de psychiatrie à l'intérieur des groupes homogènes d'usagers [13].

Le discours théorique fondamental du C.M.S. de Giugliano est qu'une seule institution doit pouvoir et savoir répondre à l'ensemble des besoins sanitaires émanant d'une population. Cette structure, qui comprend différents services et programmes qui s'articulent les uns aux autres, devient ainsi le lieu où le citoyen réussit à faire lui-même la synthèse de son problème. Elle est le lieu où les principes de la médecine traditionnelle se voient donc nécessairement renversés. Nous avons vu plus haut que ce renversement se réalise pour la première fois dans l'usine. Mais lorsqu'on se déplace sur le territoire (« territorio »), le problème se complique car, le plus souvent, les gens n'expriment pas clairement ce dont ils ont besoin ou s'ils l'expriment, la demande comporte souvent une dimension inutile, nocive (demande excessive de médicaments, demande d'internement, demande de prestations techniques inutiles, etc.).

Le problème central est alors de savoir comment, en partant des demandes telles qu'elles s'expriment, apporter des réponses qui ne soient pas nocives ou inutiles ; autrement dit, comment faire émerger le besoin réel qui se cache derrière cette demande déformée par les schémas de fonctionnement de la médecine traditionnelle. L'instrument utilisé est l'« analyse des besoins », concept clé dans la pratique de groupe de Giugliano.

Demande et analyse des besoins

Le travail peut se schématiser en quatre phases :

1ère phase : il s'agit de permettre l'expression la plus ample et la plus variée possible des demandes telles qu'elles apparaissent. Ceci dépend, et c'est important, de l'organisation du travail. En effet, l'interpénétrabilité des services, l'articulation de leurs différents programmes, la communication des informations qui tend à être la plus large possible, créent une disponibilité d'écoute plus grande que dans n'importe quelle structure sanitaire traditionnelle.

2e phase : elle correspond à l'examen critique de la demande (du besoin) exprimée. Cet examen est réalisé en collaboration avec les opérateurs, les usagers et même d'autres interlocuteurs. Il a pour but de mettre en évidence les dangers, la dimension nocive, les souffrances supplémentaires qui se cachent derrière les prestations et les services demandés et qui sont contraires aux intérêts de la personne.

Le noeud théorique consiste ici à reconnaître ces dimensions autodestructrices, nocives, etc. (Ici réside tout le problème de la liaison théorie-praxis qui ne sont pas deux moments distincts dans le processus de connaissance mais s'alimentent continuellement l'un l'autre.)

3e phase : à partir de cette analyse critique, il s'agit de rechercher avec le groupe des usagers ayant exprimé une demande, un besoin analogue (groupe homogène), une réponse différente de celle contenue dans la demande originale pour arriver à l'expression d'une demande différente plus proche de leurs besoins réels qui auront été mis en évidence lors de l'analyse critique commune. Ils formuleront ainsi des projets, des programmes très concrets pour satisfaire ces besoins. Pour cela, ils seront amenés à activer les interlocuteurs sociaux impli-

qués dans l'initiative choisie (associations, administrations, syndicats, institutions, forces politiques, etc.).
4e phase : elle correspond à la réalisation de ces initiatives, de ces programmes élaborés et explicitement formulés à travers le travail commun des opérateurs et du groupe d'usagers porteurs de besoins homogènes ; à ce stade, il y aura collaboration ou conflit, selon le cas, avec les instances sociales qui auront été impliquées.

Limites de l'expérience de Giugliano

Une première remarque s'impose. Pourquoi fonder l'existence du Centre de consultation sur cette distinction entre demande brute et besoins réels, qui correspond à la vieille dualité entre besoins immédiats et besoins réels ? Qui détermine ce qu'est un besoin réel ? Le discours interne à l'expérience de Giugliano souligne qu'il s'agit là du résultat de l'« analyse critique de la demande », analyse effectuée collectivement par les usagers et les opérateurs. Mais dans la pratique, le poids des opérateurs n'est-il pas prépondérant ? Cette distinction s'oppose aux acquis des luttes prolétariennes qui ont remis en cause cette dualité. Par exemple, les luttes pour l'appropriation de logements sont à la fois lutte pour la reproduction de la force de travail (niveau du besoin immédiat et du besoin nécessaire) et lutte d'appropriation et expression directe de pouvoir (besoin réel et besoin radical).

Dans le cas de Giugliano, c'est le centre de consultation qui a la connaissance et opère la gestion de ces besoins réels, la demande brute ou les besoins immédiats étant l'expression des « usagers ». Ce qui pose problème ici, c'est la notion de « groupe homogène » ou du moins son articulation avec les autres luttes. En fait, cette liaison ne peut se faire qu'à travers le Centre de Giugliano. Cette structure se voudrait donc à la fois organisation des luttes et institution.

Le fait que le Centre définit ses relations avec les « malades » comme relation avec des « usagers », c'est-à-dire en des termes qui marquent un rapport entre une demande individuelle et une réponse institutionnelle, indique clairement de quel côté penche la balance. Le groupe homogène n'a d'ailleurs aucune autonomie vis-à-vis du Centre, puisqu'il est son produit.

En fait, ce sont les structures de Giugliano qui servent de médiation entre les « groupes homogènes » et le pouvoir régional. Elles jouent donc le rôle d'institution. C'est comme cela qu'il faut dès sa naissance définir cette expérience pilote, qui préfigure la loi de la réforme sanitaire.

L'expérience de Giugliano est l'expression d'une contradiction entre d'une part, le discours militant et l'engagement politique de nombreux opérateurs et d'autre part, la structure d'une institution qui fonctionne comme laboratoire en vue d'une réforme, c'est-à-dire d'une reprise en main du territoire (« territorio ») par le pouvoir régional et national.

La loi 180

Des expériences alternatives à l'intérieur de l'asile et sur le territoire ont pu être menées, malgré l'opposition des forces les plus arriérées du champ médical et des différentes instances administratives, aussi longtemps qu'a duré « le mouvement ». Ces expériences alternatives se sont surtout basées sur le travail non rémunéré des jeunes volontaires médecins, psychologues, assistants sociaux, sociologues, etc., engagés dans une pratique de transformation et de lutte dans le territoire.

Le « mouvement » manifeste ses premiers signes d'essoufflement à partir de 1978, date d'entrée en vigueur de la loi 180 qui stipule la disparition des hôpitaux psychiatriques publics et la territorialisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre de la Réforme sanitaire.

Il est intéressant de faire remarquer que l'entrée en crise du mouvement critique qui s'exprime dans la champ de la médecine coïncide avec le reflux du mouvement de luttes menées dans d'autres espaces du territoire. On peut se demander pourquoi l'État italien a promulgué une telle loi et quelle signification elle a par rapport au mouvement des luttes qui s'est développé au cours de ces deux dernières décennies. Quel intérêt l'État avait-il à institutionnaliser ces expériences ? La loi traduit-elle la force du mouvement ? La renforce-t-elle ou, au contraire, la désamorce-t-elle ?

Une remarque préliminaire s'impose : la suppression de l'asile est un fait historique et pas seulement italien, même s'il est évident qu'il y a différentes manières de la rendre effective. La disparition des asiles psychiatriques n'est pas toujours nécessairement progressiste ni à l'avantage de la population et des patients [14].

Nous pouvons légitimement douter que l'État italien se soit subitement converti à la cause de la lutte contre une de ses institutions de ségrégation et de contrôle. Ainsi que nous l'avons déja noté, l'État italien ne renonce pas à cette institution, puisque la loi ne s'applique pas aux cliniques privées qui connaissent un développement incontrôlé et qu'en plus il subventionne [15].

La loi 180 apparaît en effet au moment où l'État italien perçoit la nécessité de récupérer les contenus de la lutte anti-institutionnelle. Pourquoi ? Parce que ces luttes prenaient de plus en plus un caractère de masse et s'enracinaient toujours davantage dans la population. En effet, le renouveau psychiatrique en Italie se caractérise — à la différence de ce qui s'est passé dans d'autres pays (France, U.S.A.) — par le fait qu'il s'est largement développé à la base « avec la participation de masse de jeunes opérateurs et d'étudiants ; par une large sensibilisation et participation de l'opinion publique ; par une liaison organique avec les partis, les idées et les mouvements de gauche, comportant un niveau et une capacité de débat très élevés [16] ». En plus, la lutte contre l'asile devenait la lutte contre tout type de marginalisation. Il suffit de rappeler l'occupation du centre de rééducation professionnelle (C.A.P.) des Colli Aminei, en octobre 1977, à Naples [17].

On peut combattre l'asile pour plusieurs motifs, parce qu'on le voit simplement comme l'institution totale, un lieu non pas de soins mais de réclusion et d'abrutissement du « malade mental » [18]. Mais on peut aussi et surtout le voir comme l'aboutissement d'un processus d'oppression qui s'étend sur tout le tissu social, et le signe de l'utilisation de la psychiatrie comme appareil de contrôle de la population aliénée par des rythmes, des modèles et des conditions de vie et de travail inhumains. C'est en cela que réside le caractère le plus subversif des luttes menées ces dernières années en Italie [19].

Trois ans après la promulgation de la loi, les premières analyses réalisées par des opérateurs ayant une pratique quotidienne démontrent que « la loi 180 constitue la réponse que les forces politiques qui gouvernent aujourd'hui l'Italie donnent à ces luttes dans une tentative de mystification, d'expropriation et de désarmement des luttes mêmes. Tentative d'enlever à ces luttes une grande partie de leur force de frappe et de les replacer dans le cadre d'un processus de restructuration de l'organisation psychiatrique sur base territoriale [20] ».

Pour la « droite éclairée », cette réforme représente un réel intérêt. D'une part, comme nous l'avons dit plus haut pour ce qui concerne l'assitance psychiatrique, la loi, telle qu'elle est formulée, lui permet d'assurer son rôle historique, qui est un rôle de contrôle et, d'autre part, elle représente sans nul doute un intérêt économique certain. Mais revenons un instant sur le problème de la territorialisation. Il est clair que puisque « le rôle de contrôle historiquement assigné par l'État à la psychiatrie n'est pas encore, au niveau de la masse, suffisamment « renversé » et qu'au contraire, à ce niveau, une demande explicite de contrôle est encore fortement et nettement prévalente. Une telle territorialisation ne peut qu'exalter cette fonction de l'organisation psychiatrique, se traduisant de fait en un processus de reconversion de la psychiatrie comme appareil de contrôle. Une telle éventualité se présente de manière d'autant plus réelle lorsqu'on note la liaison politique de classe d'une grande partie de l'appareil technique et le fait que ces techniciens se posent aujourd'hui comme garants des exigences de l'État [21] ».

La loi prévoyant la création de Services de santé mentale (S.S.M.) et ceux-ci n'étant pas en eux-mêmes un élément alternatif ni libérateur [22], le problème devient celui de leur utilisation politique et du rôle des opérateurs dans ces services.

En résumé, nous pouvons considérer que la loi 180, de par les ambiguïtés de fond qu'elle comporte, peut être appliquée selon deux lignes :

a) la ligne la plus arriérée implique la persistance de l'asile pour un temps indéterminé, l'organisation de divisions psychiatriques dans les hôpitaux généraux se soldant par une reproposition de formes de contrôle social nouvelles et plus diffuses ;
b) la ligne la plus avancée : ici, l'équipe territoriale se charge de la globalité de l'intervention au niveau de l'hôpital psychiatrique, au niveau de l'hôpital général, de moins en moins utilisé, et au niveau du S.S.M.

Nous avons vu qu'une des composantes originales du projet de Giugliano était l'intégration dans une structure unique des différents services sanitaires de base (dont le S.S.M.) de l'Unité sanitaire locale,

et que l'assistance psychiatrique tendant à la globalité de l'intervention assurée par le fonctionnement d'une équipe unique (présente à la fois sur le « territoire », dans l'hôpital psychiatrique et dans l'hôpital général).

L'expérience de Giugliano semble compromise au niveau de cette intégration puisque, désormais, le S.S.M. ne fait plus partie de la structure originellement unifiée.

Conclusion

La loi 180 marque la reprise de l'initiative du pouvoir au niveau de l'ensemble du territoire. En vidant les hôpitaux psychiatriques publics, la loi prive le mouvement de son principal terrain de lutte, cela au moment même où celui-ci est arrêté dans son élan, ne parvenant pas à étendre la lutte de l'hôpital à l'ensemble du territoire. En réalisant ce que le mouvement n'est pas en état d'imposer, le pouvoir peut reprendre l'initiative et fixer les conditions de la réforme sanitaire.

En fait, le mouvement s'est surtout centré sur la critique des institutions totalitaires telles que l'hôpital ou les structures de répression des besoins individuels. La région de Naples est un des seuls lieux en Italie où le mouvement a pensé la liaison des luttes dans l'hôpital avec les luttes sur le territoire. Cela a été favorisé, nous l'avons déjà souligné, par la situation particulière de la région, où les luttes pour la santé ne pouvaient présenter qu'un caractère global, unifiant l'action pour un revenu minimal, pour un emploi, pour des conditions sanitaires décentes, à la lutte contre un pouvoir archaïque. Le concept global de santé, tel qu'il a été développé par les opérateurs napolitains, révèle bien cette approche globale, cette conscience théorique de la santé comme concept unifiant luttes en usine, dans l'asile, sur le territoire alors que la plupart des autres régions en sont restées à une conception individuelle du besoin.

Le mouvement a eu la capacité de poser le besoin de santé comme besoin social, comme enjeu d'un rapport de forces entre divers niveaux de lutte et le pouvoir institutionnel, mais il n'a pas eu la capacité de résoudre la contradiction en faveur des luttes. Giugliano, expérience la plus avancée, est exemplaire à cet égard, puisque, dès sa naissance, elle s'est présentée et a été théorisée comme institution (« lieu réel de mise en acte des revendications ») devant conduire à une réforme sanitaire sur l'ensemble du territoire. Dès le départ, elle se pose donc comme un lieu de médiation des revendications et des besoins avec le pouvoir.

Si on envisage le problème d'un point de vue militant, on s'aperçoit que la plupart des expériences italiennes ont échoué en ce qui concerne la rupture avec les besoins individuels ; leur incapacité à centrer la lutte sur l'expression des besoins radicaux a laissé la place libre au pouvoir étatique et à ses initiatives. La prévention apparaît bien alors comme la capacité du pouvoir à anticiper l'expression des besoins.

Le cas de Naples est spécifique. Ici la satisfaction du besoin social est abordé de front, mais mouvement et institution se confondent. Par le biais de la structure pilote de Giugliano,le pouvoir dispose d'une expérience qui lui permet d'anticiper une réforme plus générale. Le problème est de savoir qui utilise qui : les militants opérateurs prétendent utiliser le pouvoir ; il reste que les structures régionales et l'État bénéficient d'un laboratoire social dont les enseignements seront, sans nul doute, capitalisés.

Si on étudie l'évolution des structures sanitaires de Giugliano, on peut à présent s'apercevoir de quel côté le rapport de force s'est déplacé, puisque la notion globale de santé, acquis spécifique de l'expérience, est pratiquement démantelée, et que le service psychiatrique est maintenant séparé des services de médecine générale.

Ceci tendrait donc à apporter une réponse négative aux questions suivantes : est-il possible d'utiliser des structures institutionnelles pour effectuer un travail alternatif dont le but est la remise en cause de telles structures de pouvoir ? Est-il possible de faire fonctionner des luttes pour la santé, pour la satisfaction d'un besoin radical, dans un cadre institutionnel dont le but est la réduction de la santé à un besoin nécessaire ?

Jean-Claude Paye,
sociologue
Nicoletta Mascilli,
psychologue

NOTES

[1] G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Milan, Feltrinelli, 1977, p. 69.

[2] Bien qu'ils se limitent à une approche philosophique, les travaux d'Agnès Heller se sont révélés décisifs en ce qu'ils ont polarisé l'attention sur la notion de besoin en montrant son adéquation avec la structure de la pensée de Marx. Agnès Heller a en effet montré que, à travers toute son oeuvre, celle de jeunesse et celle de la maturité, au creux de la problématique de la critique de l'économie politique, se trouve une autre approche basée sur les besoins. Elle met en avant qu'il existe chez Marx un double système de contradiction : le premier, hégélien, selon lequel la chute du capitalisme est inéluctable, se présente comme l'aboutissement d'un processus naturel ; le second développe que seule la pratique révolutionnaire garantit le passage à une société communiste. Dans cette deuxième approche, le concept de besoin, surtout celui de besoin radical, est central. La difficulté résulte donc du fait que Marx n'a jamais développé une approche théorique spécifique du concept de besoin. À travers son oeuvre, cette notion reçoit alternativement un éclairage naturaliste et objectiviste.
Voir Agnès Heller, *La Théorie des besoins chez Marx*, Paris, U.G.E. (10/18), 1978, 186 pages.

[3] P.A. Rouatti, *Bisogni e Teoria marxista*, Milan, Mazzota, 1977, p. 53 et suiv.

[4] R. Vigorelli, « Noi, i soggetti e il politico. A proposito di Bisogni e teoria », *in AUI-AUI, n° 155-156, 1976.*

[5] *A. Rouatti, op. cit.*, p. 37.

[6] A. Negri, *La Classe ouvrière contre l'État*, Paris, Galilée, 1978 (sur Keynes, voir particulièrement les pages 23 à 70).

[7] À ce sujet, nous renvoyons à l'analyse faite par l'un des principaux protagonistes de cette expérience et des deux suivantes : Sergio Piro, *Le techniche della liberazione*, Feltrinelli, utilano 1976.

[8] L. Carrino, *Medicina critica in Italia*, Firenze, ed. D'anna, 1977, p. 28.

[9] Cerato, Landelfi, Pini, « Un Centro di medicina sociale in Campania », *in Inchiesta*, n° 38-39, p. 76.

[10] A. Kouba, « Naples, des collectifs sanitaires populaires au centre de médecine sociale de Giugliano », *in Fracture*, n° 7.

[11] La loi 833 sur la Réforme sanitaire prévoit le fractionnement du territoire en différentes zones (les U.S.L.), ne comprenant pas plus de 150 000 habitants.

[12] Service femmes, service enfants, service médecine préventive des travailleurs, service de santé mentale, service 3e âge, observatoire épidémiologique, laboratoire d'analyse.

[13] L. Carrino, *op. cit.*, p. 158.

[14] Aux USA, la disparition des asiles psychiatriques a fait l'objet de la politique de droite de Nixon et de l'actuel président Reagan, alors gouverneur de l'État de Californie. Les motivations étaient l'économie des deniers publics et l'accroissement des bénéfices privés. Voir : F. Castel, R. Castel, A. Lovell, *La Société psychiatrique avancée (le modèle américain)*, Paris, Grasset, 1979, p. 110 et suiv.

[15] « Une partie importante des personnes qui auparavant entraient à l'hôpital psychiatrique entrent actuellement dans les cliniques privées. Il n'y a que je sache aucune différence substantielle entre le traitement réservé aux patients dans ces cliniques et le traitement appliqué jusqu'à présent dans les hôpitaux psychiatriques italiens. Au contraire, dans ces cliniques (qu'il serait plus correct d'appeler asiles privés) on fait en général un usage beaucoup plus généreux de l'électrochoc. Récemment, différentes régions ont établi des conventions avec ces cliniques, c'est-à-dire que la période d'hospitalisation du patient est payée. Les propriétaires des cliniques s'enrichissent et agrandissent leurs établissements, l'État paye. » Interview de Jervis *in* Onnis-Lo Russo, *Dove va la psichiatria ?*, Milano, Feltrinelli, 1980, p. 80.

[16] Onnis-Lo Russo, *op. cit.*, p. 73-74.

[17] Le C.A.P. est une structure qui avait été louée par la Province pour fournir un service de réhabilitation au travail pour handicapés. C'est en réalité un centre de travail au noir et de marginalisation des « différents », qui travaille pour deux entreprises de la région, Selenia et Alfa Sud. La condition des handicapés se résume de la manière suivante : les salaires oscillent entre 5 000 à 100 000 lires par mois ; le travail est à la production, d'où prolongation, jusqu'à l'invraisemblable, des heures de travail ; de plus, une fois la période de réhabilitation terminée, les handicapés ne sont jamais engagés en usine. L'occupation, menée par divers groupes marginalisés (handicapés, homosexuels, psychiatrisés, chômeurs, femmes, etc.), dura deux semaines pendant lesquelles les débats qu'ils engagèrent sur la reconversion de cette structure furent très animés et très riches, et l'administration provinciale dut en tenir compte après avoir ordonné l'expulsion des lieux par les forces de l'ordre.

[18] Rappelons que c'est au début des années 40 que naît le mouvement « critique » en Angleterre et en France, comme « une réaction humanitaire et professionnelle de certains médecins aux conditions atroces dans lesquelles vivaient les internés dans les hôpitaux psychiatriques. Peut-être davantage marquée par des exigences humanitaires en France et par des exigences de rénovation professionnelle en Angleterre, mais dans l'ensemble, la réaction était limitée à ces deux composantes fondamentales ». L. Carrino, *op. cit.*, p. 7.

[19] En France aussi le mouvement critique a connu au début des années 70 une multiplication d'expériences nouvelles de travail dans le champ de la santé, qui ont largement dépassé le cadre spécifiquement psychiatrique en élargissant les luttes au problème de la libéralisation de l'avortement, au problème de la nocivité dans les usines, au problème des prisons. L. Carrino, *op. cit.*, p. 18-19.

[20] Document de Psichiatria Democratica-Naples, texte ronéo, p. 2.

[21] AA.VV., *Lotte per la salute e riforma sanitaria*, T. Pironti, 1979, p. 88.

[22] S. Piro, *in* Onnis-Lo Russo, *op. cit.*, p. 174.