Document généré le 18 juil. 2025 18:45

International Review of Community Development
Revue internationale d'action communautaire

La prévention comme dispositif politique
Problématique pour un questionnement sur les projets et pratiques préventives
The political stakes involved in prevention policy
La prevención como dispositivo político

B. Francq

Numéro 10 (50), automne 1983

Mouvements alternatifs et crise de l'État

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1034663ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1034663ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)
2369-6400 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Francq, B. (1983). La prévention comme dispositif politique : problématique pour un questionnement sur les projets et pratiques préventives. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (10), 133–148. https://doi.org/10.7202/1034663ar

Résumé de l'article

L'auteur aborde ici un thème central du débat actuel sur les politiques et leur redéfinition dans le contexte de crise de l'État-providence, la prévention. Après avoir souligné la polysémie du concept, il en délimite la pertinence à partir d'un examen de sa résurgence dans l'imaginaire professionnel des travailleurs du social.

L'auteur aborde ici un thème central du débat actuel sur les politiques et leur redéfinition dans le contexte de crise de l'État-providence, la prévention. Après avoir souligné la polysémie du concept, il en délimite la pertinence à partir d'un examen de sa résurgence dans l'imaginaire professionnel des travailleurs du social.

Cet examen s'effectue à partir d'une mise en perspective de deux paradigmes centraux qui entrent en conflit. Le premier paradigme, la prévention comme programmation offensive, part de l'hypothèse d'une alliance entre professionnels et administratifs alors que le second, qui mise davantage sur une reconquête de la société civile, considère plutôt que ce sont les rapports entre usagers et professionnels qui seraient au centre du dispositif préventif.

En conclusion, l'auteur ouvre le débat sur le sens et la portée du dispositif préventif à la lueur de sa problématique centrée sur la crise de l'État et des enjeux politiques qui la traversent.

Deux auteurs questionnent ensuite la problématique de B. Francq. F. Smet (Bruxelles), « Les intellectuels et la prévention », s'interroge sur le rôle des intellectuels dans la construction du discours sur la prévention. G. Renaud (Montréal), « À propos de la prévention comme programmation offensive », se demande dans le même sens si la sociologie, même critique, n'exerce pas une fonction de rationalisation constante de la construction de l'État. En positionnant la prévention comme programmation offensive, ne contribue-t-on pas précisément à créer cette programmation, à donner une cohérence théorique à des éléments qui ne sont pas a priori cohérents ?

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1983

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

La prévention comme dispositif politique

Problématique pour un questionnement sur les projets et pratiques préventives

B.Francq

Ce texte a servi de base à un regroupement de personnes — chercheurs, travailleurs sociaux, administratifs — autour d'un double objectif : produire un ensemble de contributions sur le thème de la prévention qui constituera le prochain numéro de la revue (Printemps 1984) ; mettre en place un réseau de travail à plus long terme sur les politiques sociales.

Après avoir situé les problèmes que soulèvent le mot prévention et l'imaginaire professionnel qu'il suscite, l'auteur dégage une interprétation politique du projet préventif à travers deux paradigmes : le premier — la prévention comme programmation offensive — repose sur l'hypothèse d'une alliance entre professionnels et administratifs ; le second — reconquête de la société civile — place les rapports entre usagers et professionnels au centre du dispositif préventif. Ces deux paradigmes constituent la base d'un questionnement sur les modèles culturels qui traversent les pratiques professionnelles des opérateurs des champs socio-sanitaires et socio-pédagogiques. Nous publions, à la suite du texte de B. Francq, deux courtes réactions qui amorcent un débat sur la prévention.

Prévention. Mot magique pour F. Basaglia. Mot phare pour les fractions les plus progressistes (?) des travailleurs ou des « opérateurs » de l'appareil médico-sanitaire, de l'aide sociale ou encore de l'appareil scolaire. Mot fourre-tout tant les vertus incantatoires permettent à certains expérimentateurs de se trouver — paradoxalement — une spécificité que certains administratifs — les plus éclairés (?) — sont tout prêts à leur reconnaître...

Mot à statut multiple. S'agit-il d'une notion ? d'un concept ? d'un artefact ? d'une ligne politique alternative, oppositionnelle, anti-autoritaire ? Mot dérisoire en regard des effets obtenus par rapport à des conditions — scientifiques, organisationnelles, politiques, culturelles... — jamais réunies.

Mot à intentions multiples aussi. Sa fonction interpellante par rapport aux disciplines, à la division du travail, aux aspects les plus institués des appareils socio-sanitaires et socio-éducatifs se confond allègrement avec sa fonction de restructuration des pratiques, de redéfinition des places — des professionnels, des usagers, des administratifs —. Fonction critique, fonction intégratrice, contrôlante, tout se passe comme si la prévention s'opposait au contrôle social pour venir ensuite le conforter, lui donner de nouvelles figures dans des dispositifs rénovés, si non réformistes.

La prévention, c'est aussi un découpage du réel ; elle s'ordonne, dans un temps, des espaces ou des lieux, selon une *topique* simpliste dont les auteurs ou promoteurs ne savent compter que jusqu'à trois : prévention primaire, secondaire, tertiaire dont l'imbrication, la complémentarité, produisent des démarquages sans nombre qui sont tous autant de figures singulières du mode de traitement des populations. Là, dépistage précoce, couverture globale ou sélective, quartier ou communauté, étendue des facteurs de risques... s'entrechoquent pour mieux saisir la part à traiter et à négocier. Parfois dans la plus grande confusion. À tout le moins, ça produit les paradigmes les plus divers où les équilibristes cherchent à faire reconnaître leurs singularités. Quitte à assigner à d'autres la place de « rabatteurs » ; quitte aussi à justifier toutes les dispersions que nécessite le temps qui court puisque crise de l'État-providence il y a.

Mot à géométrie variable, mot valise, topique, paradigmes divers... tout laisse penser que la prévention constitue, à travers les figures de l'un et du multiple, une problématique qui se serait imposée jusqu'à devenir hégémonique dans les domaines les plus divers, de la criminologie au traitement des handicaps socio-culturels en passant par la politique de santé et d'aide sociale. L'inflation même du mot prévention, l'incantation répétitive de l'adage populaire « mieux vaut prévenir que guérir » et ses variantes politiques — « mieux vaut éduquer et prévenir que surveiller et punir » — font penser que quelque chose a changé, va changer...

On peut s'étonner aujourd'hui de voir accorder à la prévention dans les champs socio-sanitaires et psycho-pédagogiques une quelconque importance. On peut, au contraire, trouver que la production intellectuelle autour des pratiques préventives ait fait l'objet d'aussi peu de débats, sinon l'inévitable lecture qui lui assigne une place comme mécanisme idéologique dans le processus d'extension du contrôle social. Et pourtant, la prévention — ou mieux, le dispositif préventif en ce qu'il est repérable dans ses dispositions organisationnelles — se caractérise encore et toujours par son évidence. C'est cette politique là qu'il faut faire.

Deux versions coexistent néanmoins *la première* combine à la fois une logique de promotion et de démocratisation des soins et un mouvement de redéfinition des disciplines — médicales, sociales, psychologiques... — par rapport à une topique — primaire, secondaire, tertiaire — qui impliquerait une redéfinition du contenu des services à rendre à la population. Cette première version porte en elle des éléments extrêmement critiques sur l'organisation des politiques socio-sanitaires segmentarisées. Il me paraît que c'est en Italie, dans les années 1965-1978, que cette première version a pu s'éprouver le plus complètement, non seulement dans la revendication d'un mouvement démocratique de désinstitutionnalisation mais encore dans ce qui s'est constitué non pas comme éléments de pratiques éparses, dispersées mais comme système. Comme reconquête de la société civile à travers une articulation nouvelle entre pratiques et représentations collectives.

Une seconde version s'est imposée comme élément du discours générique sur la crise : la prévention ne fait plus système ; elle n'est plus qu'un des éléments d'une logique exclusivement économique de limitation des dépenses socio-sanitaires et psycho-pédagogiques. Cela a pour effet de limiter d'autant le déploiement intégral de la topique préventive où, selon les secteurs, on limitera la prévention à du « dépistage précoce » ici, à des « structures intermédiaires » là, à de la prévention primaire ailleurs...

Autrement dit, entre la première et la seconde version, le dispositif préventif comme projet démocratique et programmé aurait connu un net recul, recul marqué par les mêmes avatars qui caractérisaient les politiques socio-sanitaires d'antan : stigmatisation de certaines

populations dites à risque, parcellisation des interventions, institutionnalisation des pratiques, recul des droits des usagers, retour à une médicalisation qui instaurerait son hégémonie sur l'ensemble du corps social... En fait, au lieu d'avoir occupé toute la place, le dispositif préventif serait venu se fondre, s'intégrer dans le dispositif ancien des politiques segmentarisées.

La prévention comme imaginaire professionnel

Cependant, ce que certains identifient comme « une récupération », d'autres comme abandon d'un projet démocratique reste irréductible en plus d'un aspect : *c'est encore et toujours comme modèle alternatif que surgit ou resurgit la prévention*. Principalement comme imaginaire professionnel chez les travailleurs sociaux ou chez ceux qui, médicalement ou psychologiquement trouvent ou ont trouvé une place dans le dispositif généralisé des prises en charge : à l'école, dans le quartier, quelquefois dans l'entreprise mais rarement.

Imaginaire professionnel qui se réclame d'*une autre manière de faire*... dont les composantes vont de l'éclectisme thérapeutique « consistant à mobiliser tous les moyens empiriquement disponibles pour affronter » les perturbations relationnelles au positivisme qui n'est pas seulement médical. Il peut être aussi sociologique dans la mesure où aujourd'hui la prise en charge de l'individu est remplacée par la personnalisation du milieu socio-économique [1], impliquant un certain reflux du droit des usagers. Sur quel-s modèle-s technique-s ou scientifique-s a reposé cette volonté de faire autrement ? À partir de quelles prémisses idéologiques y a-t-il émergence d'une nouvelle pratique ou d'une nouvelle offre de service ? Quelle culture technique — et politique — a pu se dégager des expériences et des luttes que les promoteurs du projet préventif ont pu ou voulu mener ? C'est là une première série de questions.

Autre aspect de cet imaginaire professionnel : *son rapport à l'État*. Tant sur le plan de la création de nouveaux services référés à la topique préventive que sur le plan du contenu des modes d'intervention, des pratiques, le rapport à l'État s'impose comme une nécessité impérieuse puisqu'il apparaît comme un des interlocuteurs — non le seul — partie prenante de la négociation de « cette autre manière de faire » qui cherche à se faire reconnaître. À l'évidence, s'il s'agit d'instaurer une autre pratique, encore faut-il se donner les moyens — entre autres financiers — de la faire reconnaître. De la protection de la jeunesse aux maisons médicales ou aux centres de santé mentale, l'État a été amené à soutenir des pratiques qui se sont souvent identifiées comme autogestionnaires mais qui n'en restaient pas moins à la recherche de leur institutionnalisation. Quand l'État lui-même ne les a pas institué d'emblée comme pratique alternative... Ceci ne s'est pas fait sans alliance politique, au plan local ou au plan des administrations centrales.

On peut dès lors se demander quelle a été la nature de cette alliance. Constituait-elle une des conditions d'émergence d'un dispositif préventif dont les éléments démocratiques (démocratisation des soins) se sont vu contraint par l'apparition des restrictions budgétaires consécutives à la crise des finances publiques de l'État-providence ? C'est là une seconde série de questions.

Il est apparu aussi que cet imaginaire professionnel était porté par *un militantisme politique* enclin à remettre en cause et les divisions du champ socio-sanitaire en disciplines et les découpages du territoire en institutions cloisonnées les unes par rapport aux autres. Le militantisme n'a pas seulement produit une remise en cause anti-autoritaire par la contestation des modes de prises en charge contrôlantes ; il a cherché à l'intérieur même des expériences à redéfinir les fonctions et les rôles en « accordant » parfois une place plus grande aux usagers. On a beaucoup entendu le discours consistant à dire qu'il fallait « rendre l'autonomie » aux personnes et aux groupes marginalisés. Aujourd'hui, ce militantisme a laissé la place à un pédagogisme où les campagnes d'information sanitaire font bon ménage avec une restauration de la relation de confiance entre client-patient et professionnel. Fini la médecine au service du peuple ? D'autres encore, lassés de voir que leurs pratiques préventives ne faisaient qu'accroître la marginalisation des fractions de classe dominées ont abandonné toute référence au champ d'intervention socio-sanitaire pour agir là où le problème semble le plus évident : celui du travail, de la création d'emplois. Cette stratégie est-elle néanmoins encore identifiée comme travail préventif ? C'est là un troisième type de questions.

Plus trivialement, qu'est-ce qui se passe dans la tête des opérateurs ou des professionnels qui se réclament du projet préventif ou qui le pratiquent ? À faire de la prévention, cela change-t-il quelque chose ? Et pour qui ? Pour les promoteurs ? Les usagers ? Questions triviales mais pertinentes en ce que des réponses plus que partielles ont apporté des éléments qui n'ont pas fait l'objet d'un travail de confron-

tation. Reste à traiter ce qui constituerait au sein de la problématique même de la prévention, ses conditions d'émergence et l'imaginaire professionnel qui la constitue comme alternative. C'est là que le dispositif préventif, les pratiques et les représentations collectives qui le signalent comme modèle se relient directement à la problématique du changement, de la programmation et du mouvement social. C'est là qu'à travers les trois variables signalées plus haut — autre manière de faire, rapport à l'État, militantisme politique — se tisse une toile où les a prioris idéologiques font bon ménage avec un éclectisme technicien, où l'offre de service préventif met entre parenthèses la demande des usagers, où la mise sous tutelle se confond parfois avec projet de libération. Du refus de la technique au refus du militantisme, qu'est-ce qui constitue les pratiques préventives comme modèle culturel ?

Des repères, des hypothèses sont donc à formuler. À travers deux paradigmes — celui que j'ai appelé programmation offensive et celui inspiré par l'expérience italienne —, j'ai voulu donner résolument une interprétation politique au projet préventif en assignant au concept d'alliances de classes un rôle déterminant. C'est là un a priori théorique qui a pour fonction de privilégier les acteurs sociaux mais aussi les incertitudes que soulèvent l'existence d'une ou de cultures techniques chez les opérateurs du dispositif préventif.

Deux paradigmes

Le premier — la prévention comme programmation offensive — repose sur l'hypothèse politique d'une alliance entre professionnels et administratifs.

Le second — reconquête de la société civile — place les rapports entre usagers et professionnels au centre du dispositif préventif.

Paradigme 1 — La prévention comme programmation offensive

Intention

J'ai essayé de cerner les questions que pose la prévention comme programmation offensive dans le champ des politiques sociosanitaires. Deux thèses ici : celle d'un État animateur où la notion d'efficacité tient le haut du pavé et qui peut rassembler initiateurs et administrateurs en une « coalition modernisatrice » ; celle d'une hégémonie du projet préventif qui veut occuper toute la place en recomposant une unité au-delà des politiques segmentarisées ; tout cela a encore trait aux conditions d'émergence de la prévention, au repérage de sa réalisation ou de son détournement. L'État, les notions de société programmée, d'efficacité sont privilégiées dans un mode de lecture axé sur le changement technique et organisationnel qu'induit le dispositif préventif.

Pour une approche en termes de conditions scientifiques des conceptions de la prévention à partir de la dichotomie « facteur de risque — maladie » et des modèles épidémiologiques, je renvoie le lecteur au texte remarquable de Martial Gottraux paru dans la revue « Sciences Sociales et Santé [2] ».

Changement et rapport au temps : la société programmée

D'emblée, l'usage discursif du terme prévention implique celui de changement. D'emblée aussi, il s'inscrit dans une stratégie offensive s'opposant à ce qui faisait le caractère primitif, défensif des politiques ou des pratiques antérieures. Cela ne va pas sans une réaffirmation de l'idée de progrès : passer à l'offensive, prévenir l'attaque, cela s'entend aussi bien à propos des problèmes de santé qu'à propos de la réduction de la déviance. Consensus établi au sein des réformateurs de tous bords qui, à la fin des années 60, tournent leurs regards vers l'avenir, énoncent que « c'est du développement de la prévention que nous devons attendre les progrès les plus sensibles [3] ». Est-ce à dire que l'idéologie préventive se constitue comme nouveau modèle culturel qui, des professionnels aux usagers, constituerait la ligne de force d'une nouvelle division du travail et d'une percée décisive de la démocratie « participative » ? Car l'une des composantes de ce modèle culturel est bien la participation des professionnels et des usagers à la sphère de la reproduction, à ses champs de lutte et à ses fronts de lutte, des associations de consommateurs aux comités de « patients » jusqu'à et y compris les comités de quartier.

Modèle culturel et société programmée

À suivre Alain Touraine [4], la société industrielle aurait été caractérisée par un modèle culturel opposant « le progrès créateur à la nature qui doit être conquise et violée, d'où une éthique du travail

et de l'énergie », modèle culturel qu'aurait partagé et la bourgeoisie industrielle et le prolétariat. À cela, la société programmée dans laquelle nous entrerions fait non seulement ses adieux au prolétariat mais « donne naissance à des morales qui peuvent valoriser la puissance ou le plaisir, mais aussi la créativité et le rapport à l'autre ». Touraine ajoute que « dans la société programmée, ce n'est pas le statut professionnel qui est déterminant mais le rapport à l'organisation et sa gestion ». Ainsi, « l'importance centrale donnée à l'appartenance à l'organisation nous prépare à comprendre la nature des conflits et des mouvements sociaux propres à la société programmée ». L'essentiel dès lors à relever, c'est la nature de la domination qu'exercent les appareils sur l'ensemble de la société : « ils produisent des modèles de conduite plus que des biens, une culture plus que des machines ».

La prévention est-elle constitutive de cette mutation ? Nouveaux modèles de conduite et modèle culturel constitueraient le corpus d'une logique offensive porteuse de changement. Lequel ? La réponse est dans la question puisque le changement se suffit à lui-même. Le rapport au temps change d'autant plus. À la réparation des corps, à l'enregistrement des différences, la prévention substituerait la longue durée, un avenir lointain mais assurément meilleur puisque l'offre de services y est mieux maîtrisée, les professionnels et les usagers sont formés à penser en termes de probabilité du risque. Lointain parce que l'instauration même de la prévention repose sur le postulat qu'il n'y a pas d'évaluation immédiate possible. Comment, en effet, mesurer les effets d'une campagne d'information contre le tabagisme ? Mieux, comment mesurer la capacité des usagers à se réapproprier la gestion de leurs corps, ou encore celle des services sociaux ?

Plus, si la prévention est constitutive d'un nouveau modèle culturel, quelle en est la figure centrale ? L'État, les professionnels, les demandeurs potentiels ou les usagers réactifs ? Qui s'allie à qui ? Là il faudra bien faire le tri entre des éléments constitutifs d'un paradigme qui nous permettrait de savoir si depuis 1960 on a fait beaucoup de bruit pour rien... ou pour quelque chose.

L'État assureur-animateur

Revenons sur le couple progrès/changement et sa dualité. Où se situe celle-ci ? Au début des années 60 lorsque tant aux États-Unis qu'en France, en Belgique ou au Québec arrivent les méthodes programmatiques qui, du P.P.B.S. à R.C.B. [5], visent à rencontrer les besoins que la société de consommation laisse échapper dans ses interstices. Aux États-Unis, Johnson lancera un programme de lutte contre la pauvreté [6] : en France, on tentera d'introduire les méthodes de management public sans grand succès [7]. Également en Belgique. Au Québec, la Révolution tranquille va bouleverser radicalement les modes de faire de l'administration de manière durable [8].

Quelle est l'idée centrale qui préside à l'introduction des méthodes programmatiques au sein de l'État ? L'idée est de déroger aux principes tutélaires qui ordonnent les autorisations budgétaires au niveau du budget de l'État. Il y a des priorités qui doivent donner lieu à des programmes d'action — prioritaires, bien sûr — pour des populations marquées par la ségrégation et/ou la différence. Critique du fonctionnement classique des finances publiques, les notions de programme et de budget de programme viennent découper le réel d'une autre façon que celle qui voyait dans l'action de l'État un découpage entre fonctions régaliennes (police, justice, armée) et fonctions tutélaires (culture, éducation, transport, santé...), celles que l'État choisit de fournir hors de l'économie marchande. L'État est considéré alors comme assureur devant couvrir les situations les plus intersticielles, les plus résiduaires ou les plus marginales diront certains. L'appréhension du réel présuppose alors un autre découpage que celui des fonctions ; il s'agit de décomposer la filière de production administrative en autant d'éléments identifiables qui correspondent à la division du travail capitaliste : des ressources, des activités, de la production, un impact ou des effets directs ou indirects, d'entraînement ou de blocage. À chacun de ces éléments correspondront une batterie d'indicateurs permettant d'établir des synthèses qui doivent permettre de reformuler les objectifs de départ et d'instaurer le contrôle de gestion, l'évaluation comme a priori à toute démarche de subventionnement ou de subsidiation. Ces outils auront pour nom coût unitaire, indicateur d'efficacité (rapport entre ce qui est atteint et ce qui était prévu), indicateur d'efficacité ou de productivité (rapport entre les outputs et les inputs). La visibilité des actions à réaliser ou réalisées doit être mesurable. C'est du moins l'intention qui préside à la mise en oeuvre de pareille méthodologie.

La prévention s'inscrit dans ce processus de visibilité : elle n'en hérite pas ; elle en est une des composantes que l'on appliquera, bon an mal an, au secteur sociosanitaire, à la programmation hospitalière, à l'aide à l'enfance, à la formation continue ainsi qu'aux programmes d'aménagement du territoire. Ici l'État devient animateur ; des administrations de mission voient le jour là où l'innovation et la créativité paraissent nécessaires. Cette percée de la programmation va donner à la prévention son corpus technique d'où le terme efficacité apparaît comme la notion-clé, charpentant les interventions « raisonnées » des appareils d'États capitalistes.

Au-delà d'un corpus gestionnaire, programmatique, quelle est la nature du changement — et donc

du progrès pour reprendre la liaison cause-effet des idéologues de la prévention — qu'induit le projet préventif ?

Une volonté d'hégémonie

À l'évidence, un recentrage autour de l'efficacité comme condition et comme effet et cela dans les champs d'application les plus divers : médecine, urbanisme, politique sociale, politique protectrice en tous genres, psycho-pédagogie, santé mentale jusqu'à et y compris les services de police... et la technologie nucléaire. Cela ne peut se comprendre qu'à partir de la nouvelle posture gestionnaire qu'impliquait la ou les méthodes de direction par objectifs ou de rationalisation des choix budgétaires ou encore de management public.

Projet préventif et État-providence

En fait, la nature du changement qu'induit le projet préventif nous renvoie inéluctablement aux transformations qui caractérisent la nature de l'État-providence. La prévention n'en serait alors que le dernier avatar. Mais c'est un peu court. Cet avatar apparaît dans des conjonctures différentes et prend forme dans des champs d'application spécifiques sur des populations — ou mieux sur des classes ou fraction de classe — « à risques ». Il faudrait rendre compte de l'émergence, à la fin des années 60, qui caractérise, par secteurs, l'implantation du projet préventif dans différents États : en Belgique, la protection de la jeunesse ; au Québec, un projet plus global de gestion sociosanitaire des populations ; en France, les clubs de prévention au niveau des jeunes délinquants ou la politique du secteur psychiatrique ou encore la mise en cause de l'efficacité médicale par le Plan ; en Italie, un projet politique de désinstitutionnalisation des prises en charge ; en Hollande, en Suisse, en Allemagne... ?

Analyse qui ferait apparaître, à coup sûr, combien les expérimentations ou les politiques généralisées se déclarant préventives ont fourni, fournissent encore les meilleurs arguments aux économistes néo-libéraux pour prôner le retour à l'économie marchande, le démantellement du secteur public, la désinstitutionnalisation des politiques de santé ou des politiques sociales. En un mot, le désengagement de l'État, la fin du social comme on a coutume aujourd'hui de l'entendre. Autre discours répétitif et incantatoire. Est-ce à dire que le dispositif préventif expérimenté, évalué en différents endroits a fait le lit des critiques les plus agressifs d'une politique d'équipements collectifs visant à conserver et reproduire la force de travail ? Laissons pour le moment la question en suspens.

Quant au critère de l'efficacité, basé sur l'évaluation a priori des résultats à obtenir, le projet préventif introduit un dispositif sélectif au sein du corps social. Plutôt que de vouloir *assurer* une protection universelle, il s'agit bien plus de choisir ce qui échappe à cette protection dont le caractère dominant sera jugé comme trop défensif. De là, paradoxalement le caractère extensif de la prévention, son élargissement à l'ensemble des disciplines et au territoire où se meuvent familles, communautés, entreprises, équipements. Sélection à partir d'un repérage des besoins non-couverts pour des populations marquées par des ségrégations diverses, élargissement à l'ensenble du corps social... telles sont les deux composantes qui rendent compte de la nature du changement — technique, organisationnel — d'un projet qui relèverait de la société programmée.

Projet porté par qui ? À n'en pas douter, par les administratifs qui, du Ministère de la Défense Nationale [9] à celui de la Prévoyance Sociale ou des Affaires Sociales, cherchent à maîtriser l'action de l'État, à chiffrer les coûts et les avantages des dépenses publiques. Les années 60 — et cela différemment selon les États — sont marquées par la conjonction d'intérêts entre administratifs modernistes et promoteurs d'expériences préventives sur la base d'un consensus performant qui tourne autour des critères d'efficacité et d'obtention de résultats.

Quelle peut être la nature de cette alliance entre administratifs modernistes et innovateurs inspirés ? Les premiers veulent se donner les armes d'une remodélisation des effets des transferts sociaux, les seconds celles d'une topique redistributrice des places et des savoir-faire.

Remodélisation des effets des transferts, d'une part. Et cela à travers une nouvelle gestion plus centrée sur les résultats à obtenir et sur la coordination des services existants ou à créer. La gestion budgétaire par objets, l'obligation de moyens se voient alors remplacées par la notion de projet, par l'obligation de résultats. L'illustration la plus significative de cette substitution consiste à mettre fin au système de tarification reposant sur le principe du prix de journée dont l'inconvénient majeur est qu'il se prête mal à une évaluation du projet pédagogique du service ou de l'institution étant donné qu'il est avant tout une unité de facturation et non de gestion [10].

Cette tendance ira en se renforçant du fait même que la crise va imposer comme leitmotiv le fait de mieux utiliser les moyens disponibles faute de pouvoir en créer de nouveaux. Mais c'est là une seconde étape où le projet préventif semble tout entier réduit à une fonction « économe » (ça coûte moins

cher, ça permet d'éliminer les doubles, triples... emplois). À noter que cette seconde étape correspond à une phase de décentralisation (Italie, France, Belgique) dont un des enjeux porte sur la gestion des transferts sociaux au niveau régional et/ou municipal [11].

Retenons que dans un premier temps, l'instauration d'une logique gestionnaire centrée sur un projet pédagogique et l'obtention de résultats implique fortement la réorganisation, mieux la coordination, des actions et des pratiques dans un secteur déterminé.

D'autre part, c'est dans cet espace — organisationnel — à restructurer que viennent se glisser ou s'affirmer les expériences préventives porteuses d'un redécoupage des modes de traitement et de prise en charge. La topique préventive et son découpage « à trois temps » inclut ce redécoupage. Les initiateurs se placeront, définiront leurs places par rapport à cette topique. Premier élément qui peut s'interpréter comme disposition à rompre avec « les habitus » professionnels les mieux installés et leurs découpages « scientifiques » les plus immuables ; les initiateurs préventifs se situeront en première ou en deuxième ligne pour faire barrage aux politiques défensives — curatives — en santé (santé mentale y compris) ou aux politiques segmentaires de l'action sociale. D'où une volonté, sinon une revendication à faire reconnaître la spécificité du travail préventif et des nouvelles professions ou réseaux professionnels qui y correspondent : maisons médicales [12], centres de crise [13], maisons de jeunes, foyers culturels, services d'éducation sanitaire, maisons des femmes... constituent la multiplicité d'expériences, d'expérimentations qui se rattachent toutes au projet préventif, si ce n'est encore à son idéologie.

Deuxième élément qui entre en jeu : l'affirmation de travailler à l'obtention de résultats — repérables, évaluables — dans l'autonomie de gestion. C'est là que se tisse l'alliance avec les administratifs modernistes sur le principe de l'enveloppe globale qui, budgétairement, assure l'autonomie de l'expérience ; en échange, elle devra faire la démonstration des résultats obtenus. La négociation porte alors sur l'examen d'un ensemble d'indicateurs de gestion et de résultats sur base de considérations éducatives ; faute de quoi « elle ne constituerait qu'une rationalisation à courte vue et serait rejetée par le personnel [14] ». Aux travailleurs à gérer, de façon interne, les rétributions et la division du travail. C'est là qu'on verra apparaître un courant autogestionnaire au début des années 70 qui combinera anti-autoritarisme interne et externe (jusqu'à la remise en cause du découpage professionnel des disciplines) pour assurer au projet préventif valeur de démonstration.

Volonté d'assurer la spécificité du travail préventif, gestion autonome interne avec effet démonstratif, la conjugaison de ces deux éléments vient constituer en système un projet qui se veut programmé, donc interpellant par rapport à ce qui existe. En effet, la modernité du projet est porteuse d'une redéfinition des institutions existantes les unes par rapport aux autres [15]. En cela, la topique préventive est plus qu'interpellante (du type : comparons nos résultats) ; elle est *productiviste* dans la mesure où elle fait apparaître ce qui est sans objet parce que sans résultats : parce que les politiques existantes, défensives, arrivent trop tard ou parce que les services traditionnels ne couvrent pas les besoins nouveaux des populations.

Ainsi, le projet préventif a voulu trouver *une* place qui, à travers une volonté — gestionnaire, organisationnelle —, l'amènerait à vouloir occuper *toute* la place au sein des politiques socio-sanitaires ou juridico-sociales. Porteuse d'une nouvelle totalité que l'on peut situer comme mode intégré des procédures de prise en charge, elle se veut hégémonique. Sa base politique repose sur cette « coalition modernisatrice » dont parle Bruno Jobert composée d'administratifs modernistes et d'innovateurs s'appuyant sur la topique préventive pour se définir une spécificité et un nouveau corps d'intervention.

Nouveau modèle d'action sociale et coalition modernisatrice

Bruno Jobert, dans son analyse des orientations idéologiques des travaux des planificateurs dans le domaine social [16], note que durant les années 1960 en France, un ensemble de grands textes administratifs remarquablement homogènes quant au modèle d'action proposé ont paru : sectorisation psychiatrique, participation active des personnes âgées à la vie sociale, droit des handicapés à vivre au milieu de leurs concitoyens, transformation d'un modèle de placement des enfants en un système d'aide multiforme aux familles en difficulté...

Jobert souligne que les études R.C.B. sur la prévention de l'inadaptation sociale ont tenté de faire ressortir la rentabilité du point de vue des finances publiques d'une stratégie de développement des services sociaux freinant l'entrée de tel ou tel groupe en difficulté dans les institutions traditionnelles... jusqu'à promouvoir une action sociale globale.

Les promoteurs de celle-ci constitueraient une coalition modernisatrice localisée par ailleurs dans les secteurs les plus dominés de l'appareil d'État (Direction de l'action sociale du Ministère de la Santé, Service des Affaires sociales du Plan). C'est cependant à partir de ces secteurs qu'une stratégie s'est développée en termes de populations-cibles et de valorisation d'une coordination multiforme des interventions de l'État au profit de groupes dont l'administration des Affaires sociales assure traditionnellement la tutelle. Reste que, pour Bruno Jobert, cette stratégie ne disposait que d'alliés faibles : administration de second rang, minoritaires des grandes professions, absence de débats du côté des forces politiques et syndicales... jusqu'à

aboutir à un rétrécissement progressif d'un projet qui se voulait global.

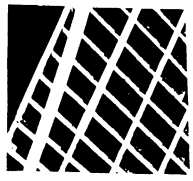
Cette volonté d'hégémonie s'est-elle réalisée ? Cette coalition modernisatrice a-t-elle pu se conforter et comment ? Dans quels secteurs et dans quelles conditions ? Tel paraît bien être le travail — heuristique — qui devrait se mener à partir de cette première lecture descriptive du projet préventif défini ici par ses composantes gestionnaires et organisationnelles globales.

Si cette volonté d'hégémonie ne s'est pas réalisée d'emblée, on est en droit de se demander si la présence ou non d'une coalition modernisatrice y est pour quelque chose. Une interprétation de l'absence de « percée » du projet préventif — peu importe son champ d'application — repose souvent sur le constat d'une absence de volonté politique dans le chef de l'État ou d'une absence de visibilité des choix du pouvoir politique qui se marquerait par une faiblesse des moyens financiers pour les innovations « préventives ». Qu'en est-il en réalité ? Cela revient à déterminer l'existence ou non d'une politique préventive en fonction de la réunion de conditions politiques permettant non seulement son émergence mais sa réalisation [17].

L'on conviendra donc que ces deux ordres d'interrogations — réalisation ou non de la volonté d'hégémonie du projet préventif — relèvent singulièrement du rapport à l'État que ledit projet entretient.

Rapport à l'état comme condition d'émergence d'un projet organisationnel et gestionnaire, coalition modernisatrice. Volonté d'hégémonie du projet préventif : autant d'hypothèses qui nous paraissent devoir structurer un travail d'analyse préalable à celui portant sur l'imaginaire professionnel, sinon militant, qui constituerait l'un des versants du projet préventif.

Paradigme 2 — La prévention comme reconquête de la société civile



Intention

Jusqu'à présent, le fait de partir de l'hypothèse d'un projet préventif comme programmation offensive conduit à limiter la problématique au seul rapport à l'État « par le haut ».

Or, il se fait que, conjoncturellement, le projet préventif ne se limite pas à la seule grille de lecture consistant à voir la régulation novatrice qu'opérait une conjoncture entre une reformulation gestionnaire et une coordination organisationnelle en fonction d'une seule et même topique. Il se fait que le rapport à l'État se fait aussi « par le bas », impliquant une révolutionnarisation des façons de concevoir les prises en charge médicales, sociales et psycho-pédagogiques. Tout se passe alors en d'autres lieux que dans les cabinets ministériels ou les adminstrations. Là, le paradigme est d'emblée politique dans la mesure où il part des forces mêmes qui constituent la société civile [18].

Il s'agit ici de se référer à l'Italie dans la mesure où y est apparue une figure autrement plus significative que celle du développement communautaire puisqu'il y est question de mouvement social. Aussi s'agit-il de rendre compte des éléments d'un paradigme qui a pu voir le jour conjoncturellement en Italie dans les années 1965-1975 ; conjoncturellement en ce que ce paradigme est indissociable des luttes ouvrières menées tant dans le secteur de la production que dans celui de la reproduction de la force de travail et du mouvement démocratique qui a résulté d'une mise en cause radicale des institutions asilaires.

Je suis redevable pour ce qui va suivre des analyses faites par une équipe de travailleurs sociaux suisses [19] ayant participé de près à l'expérience de Bologne ainsi que des travaux effectués par Antonio Buonatesta [20] et Nicoletta Mascilli [21] sur les expériences de Gênes et de Naples. Les interventions faites par Luciano Carino [22] lors de différents colloques ou groupes de travail m'ont été fort utiles pour appréhender les problèmes que soulèvent les modes d'intervention des opérateurs sociaux.

Les prémisses

Les prémisses d'une rupture avec la conception assistentielle du travail social apparaissent à partir des luttes ouvrières d'une part et à partir d'une mise en cause de la déviance d'autre part.

a) Les luttes ouvrières

Leur radicalisation à la fin des années 60 a mis en évidence la lutte pour une reconquête de l'autonomie ouvrière dans les lieux de production. En même temps, on assistait à une vaste prise de conscience du droit à la santé et aux services sociaux à partir :

— d'une prise de conscience de la parcellisation des interventions au niveau de la santé, de la prévoyance et de l'assistance qui entretenait des modes de traitement différenciés entre usagers et une division de ceux-ci ;

— d'un refus de la délégation systématique des responsabilités et des compétences aux spécialistes ou organismes spécialisés qui reposait sur une volonté politique des usagers de gérer eux-mêmes les services dont ils avaient besoin ;

— d'interpeller les techniciens sur le sens de l'intervention dont ils (les usagers) étaient l'objet.

b) Une mise en cause des institutions d'enfermement

F. Basaglia et le courant étiqueté un peu trop rapidement comme « anti-psychiatrique » n'y ont pas été pour rien. À partir d'une critique des institutions « totalitaires », de leur violence institutionnelle dont la fonction vise à légitimer « scientifiquement » l'infériorité sociale des malades mentaux, a émergé une autre conception du rapport entre le malade dit déviant et la société ; celle-ci mettait en cause la distinction entre le social et l'individuel, codifiant comme maladie une grande quantité de « besoins sociaux ». Ainsi, le courant « psychiatrico-démocratique » analysera la déviance, comme la souffrance psychique, en termes de rapports dialectiques entre individu et société ; la souffrance psychique étant la conséquence de besoins sociaux non satisfaits, la maladie (ou la déviance) seront le résultat de conflits entre individus et société, donc un produit social et un fait politique.

Dans ce mouvement critique vis-à-vis des institutions, la notion de *besoin* occupe une place centrale.

Écoute de la demande... ou expression des besoins

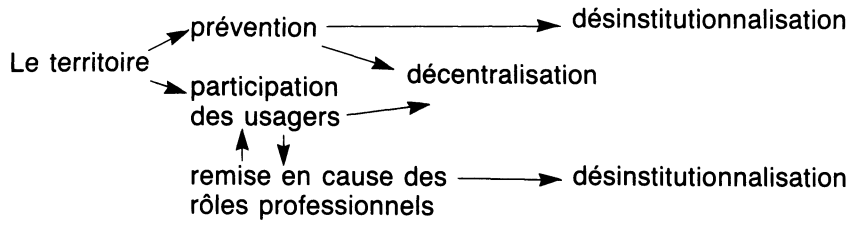
Luciano Carino, médecin travaillant au Centre de médecine sociale de Giugliano (Naples), lors d'un colloque franco-italien qui s'est tenu à Naples en mai 1982[23] soulignait que le discours sur les besoins avait été l'alternative par rapport aux références idéologiques générales en Italie, en particulier dans les groupes du sud de l'Italie :

« La question était d'abord : "Qui demande à être soigné ? Quelle est la demande de soins ?" — Une question qui est très chère aux techniciens français, c'est le problème "d'écouter une demande". Or, notre expérience a commencé par cette constatation que, dans la moitié des cas, les personnes ne demandaient rien, en particulier dans le cas des enfants, on se retrouve dans la situation de personnes qui ont des comportements semi-automatiques ou dans la situation de personnes qui n'ont aucune possibilité d'exprimer une demande ; ou parce qu'ils n'ont pas la possibilité de le faire parce qu'ils sont enfermés, loin. Ou parce que les gestes, les bruits qu'ils font ne sont pas reconnus comme instruments de communication. Avec les enfants, c'est très dramatique, c'est caricatural. Si l'asile est la caricature de la société, les problèmes des enfants sont la caricature de la situation des fous. Et je crois qu'on a appris rapidement à poser le problème en terme de création d'expression des besoins comme une condition interne à la technique. Quand à Guilano par exemple on a démarré avec le théâtre des rues, des activités dans les cours pour faire des réunions, pour permettre aux travailleurs sociaux de comprendre mieux ce qui se passait dans les lieux où se passait l'essentiel de la vie des gens, on a commencé simplement comme ça, c'était une façon de prendre contact. Mais on a appris que c'était un instrument indispensable pour créer un minimum de tissu de rapport entre les interlocuteurs qui autrement ne s'expriment qu'à travers le code établi. Un exemple : les premières luttes des familles pour l'intégration des enfants dans les écoles ont démarré à travers la mise en contact de familles qui avaient des enfants handicapés, qui avaient des contacts mais qui n'étaient pas autorisés et qui donc s'entraidaient d'une façon très clandestine et qui allaient voir individuellement des médecins qui, bien sûr, donnaient des médicaments, faisaient des encéphalogrammes et autres choses que vous connaissez. Ç'a été le fait de rendre possible cette expression et de la valoriser qui a commencé à créer un pôle de force par rapport à l'école et par rapport à d'autres demandes. Ç'a impliqué que l'occasion d'expression des besoins était une chose qu'il fallait rechercher. Il fallait quelqu'un qui provoque l'expression des besoins, autrement une partie des demandes potentielles ne seraient pas exprimées. »

Sans doute n'y a-t-il rien de paradoxal à ce que ce soit ceux qui se trouvaient placés le plus en aval du dispositif préventif, dans les lieux clos les plus stigmatisants — l'asile — qui aient été porteurs des ruptures les plus marquées par rapport aux modes de prise en charge sociaux. Le mouvement de psychiatrie « alternative » en Italie a été porteur d'une série d'interrogations mais surtout de pratiques qui instaurent une désinstitutionnalisation de fait qui amenait à repenser ce qui — en amont — produisait de l'enfermement. Ainsi comme le souligne Antonio Buonatesta en analysant les mythes et les effets réels de la psychiatrie alternative italienne, sans doute est-il plus juste de parler d'un mouvement « anti-institutionnel » plus qu'anti-psychiatrique. C'est ce mouvement qui a occupé une place essentielle — de 1965 à 1978 — dans l'apparition d'une remodélisation des rapports entre individu et société.

La spécificité du mouvement

Nul autre que Basaglia n'a été aussi constant dans la bataille politique menée à l'endroit de la destruction de l'hôpital psychiatrique ; la négation de l'institution est restée chez lui prioritaire et légitime puisqu'il s'assignait non seulement d'oeuvrer au dévoilement des mécanismes d'oppression et d'exclusion mais encore de travailler à la destruction des structures institutionnelles de ségrégation. C'est en cela que le mouvement italien a d'abord été un mouvement anti-institutionnel qui a débouché sur



une victoire politique à deux niveaux : d'une part par une réforme psychiatrique (lois 180 et 833) qui s'inscrit dans une logique de promotion et de démocratisation des soins (et non dans une logique économique de limitation des dépenses sanitaires) ; d'autre part, par une alliance des professionnels avec les forces syndicales et politiques qui aboutit à une réforme générale de la médecine.

C'est ce qui fait la spécificité de la situation italienne. La réforme psychiatrique (lois 180 et 833) en Italie, si elle s'inscrit dans le sillage des réformes promues en Angleterre, en France, aux USA, est, comme le souligne A. Buonatesta, « la première à condamner explicitement l'hôpital psychiatrique dans une logique de promotion et de démocratisation des soins par opposition à une logique exclusivement économique de limitation des dépenses sanitaires ».

Les éléments du paradigme italien

En quoi y a-t-il eu révolutionnarisation des politiques de prise en charge en Italie ? Dans l'émergence d'un rapport dialectique entre l'individu, ses troubles, ses problèmes, ses besoins, et son milieu de vie ? Plus que cela. En voulant rompre avec la parcellisation des interventions et avec une politique de ségrégation, il y avait nécessité à redéfinir le territoire sur lequel on voulait agir. C'est le premier élément du paradigme qui détermine la place et les formes de la prévention, la participation des usagers, la nécessaire décentralisation politique que cette participation exige, la redéfinition des rôles et des fonctions des professionnels ou des opérateurs du champ sociosanitaire selon le schéma.

L'objectif est bien de mener un mouvement général de « désinstitutionnalisation » non seulement de la folie mais de l'ensemble des modes de prise en charge qui caractérisait la société italienne dans les années 1965, qu'il s'agisse de la politique particulièrement stigmatisante pour les handicapés physiques ou des problèmes de santé ou d'aide sociale en général. Passons en revue les éléments de ce schéma.

■ *Le territoire*

Ce qui, au vu de ce schéma, pourrait apparaître comme un processus linéaire de recomposition des modes de traitement est constitutif en fait d'une approche sociopolitique conditionnée par une rupture avec les politiques centralisées de santé, d'aide sociale, de prévoyance, d'assistance qui, toutes, sont constitutives de la parcellisation — d'autres diront, du manque d'intégration et/ou de coordination — des interventions. On sait que l'approche technocratique de cette parcellisation débouchera sur une volonté de programmer des interventions. Ici, la notion de territoire n'a que peu de rapport avec « ces notions abstraites et formalisées telles qu'elles peuvent apparaître chez certains planificateurs ou dans des travaux d'urbanisme ». Il s'agit bien plus d'un espace défini par un mode de vie, intégrant une dimension historique et culturelle, spécifié par une configuration où les traditions de lutte comme les modes d'habiter ou de se soigner instaurent un rapport particulier au travail, à l'école.

En fait, un ensemble de traits qui relèvent plus d'une approche anthropologique que d'une approche en termes d'indicateurs sociaux. C'est que le territoire comme espace défini n'existe qu'en ce qu'il est le lieu où s'exprime un *sujet collectif* à travers des réseaux divers, des revendications et des luttes pour la réappropriation des services dont les usagers ont besoin.

Territoire... ou société civile ?

La notion de territoire s'apparente au concept de société civile tel que Gramsci en fait usage dans les « Cahiers de prison ». Chez Gramsci, « la société civile ne fait pas référence à la sphère des rapports économiques mais lui est explicitement opposée en tant que système d'institutions superstructurelles intermédiaires entre l'économie de l'État[24] ». Perry Anderson a fort remarquablement montré combien ce concept de société civile chez Gramsci, à travers des versions successives, s'articule au concept d'hégémonie et aux stratégies

différentes (guerre de mouvement/guerre de position) que son contenu implique, notamment quant à la place de la culture [25]. L'héritage gramscien est aujourd'hui faiblement utilisé dans la mesure où ce que l'on pourrait appeler un « retour à Tocqueville [26] » détermine fortement l'usage du terme « société civile » entendu comme tout ce qui n'est pas de l'État. La décentralisation, les libertés locales, l'association, l'indépendance de la presse, le respect des croyances religieuses constituaient autant de remèdes pour Tocqueville pour concilier la liberté politique et l'omnipotence de la volonté populaire. Pour ce dernier, la décentralisation n'avait pas seulement une valeur administrative mais une portée civique puisqu'elle multipliait les occasions pour les citoyens de s'intéresser aux affaires publiques et qu'elle les habituait à user de la liberté. La pratique des libertés locales faisait contrepoids aux prétentions du pouvoir central ; ainsi des associations qui habituent les hommes à se passer du pouvoir, l'énergie déployée dans l'association étant autant de force soustraite aux gouvernants, autant d'indépendance opposée à leur emprise. Aujourd'hui, on appelle ça des mouvements sociaux et/ou des groupes de base (voir la régulation autogestionnaire et ses composantes établies par P. Rosanvallon dans *La crise de l'État-providence*.

Cette notion de territoire est donc traversée par des référents conceptuels et politiques différents qui ne sont pas à mettre entre parenthèses si on veut apprécier la nature de l'approche socio-politique qui situe le dispositif préventif par rapport à l'opposition binaire entre État et société civile.

■ *La prévention*

Tout laisse entendre que la prévention n'est que le *dispositif formel* qui permet d'appréhender dans un espace déterminé les problèmes qui constituent cet espace. « Le but fondamental de l'action préventive vise à garantir une amélioration profonde de la santé et du bien-être social au travers d'une intervention axée sur le milieu et qui s'attaque prioritairement aux causes des problèmes [27] ». On est loin d'une approche gestionnaire même si formellement elle va faire l'usage de la même topique. Son effet se veut ici de recomposition du social et de la santé impliquant non plus une redéfinition stricto sensu des institutions les unes par rapport aux autres mais une collaboration entre les institutions de base du champ socio-sanitaire et les forces sociales, des syndicats aux associations de quartier. Cette collaboration implique un autre postulat que celui d'une « coalition modernisatrice » entre innovateurs et administratifs : celui de la place centrale des usagers et de leur participation.

■ *La participation des usagers*

En son principe, elle part d'un refus d'une « délégation systématique des choix et des responsabilités aux techniciens et aux spécialistes » ainsi qu'aux exécutifs politiques. Ce refus s'accompagne bien évidemment d'un retour à la notion de sujet ou d'acteur historique opposée à celle d'objet-à-traiter ou encore de client dans la mesure où ce mot exclut la portée d'une revendication collective au droit à la santé ou à l'aide sociale.

Il semble qu'en Italie, la participation des usagers non seulement à la gestion des services sociaux mais aussi à la conception des politiques à mener dans un territoire déterminé ait recouvert *deux conceptions*. Une première a trait à la socialisation des connaissances quant aux modes d'approche de la maladie ou du problème à traiter, donc quant à la nature de l'intervention et de la mise sous tutelle qu'elle inclut ou non. Une seconde conception relève plus directement du droit de gestion sur les institutions et leurs travailleurs impliquant une confrontation permanente avec une technicisation du dispositif préventif et son institutionnalisation. Confrontation aussi quant à la nature du mandat dont les professionnels ou les opérateurs préventifs se revendiquent. Projet volontariste de part et d'autre où les usagers sont intégralement partie prenante d'une recomposition des politiques socio-sanitaires en lieu et place des politiques segmentées et où les professionnels acceptent de remettre en jeu leur mandat — ce qui implique aussi qu'ils y soient contraints — et soient les agents actifs d'une remodélisation des rapports entre la population et les modes de traitement socio-sanitaires de celle-ci [28].

À tout le moins, cette nouvelle alliance — usagers-techniciens ou professionnels — détermine une remise en cause des rôles et fonctions des professions sociales et sanitaires.

■ *Une redéfinition des rôles et des fonctions des professionnels*

Celle-ci n'est que le dédoublement de ce qu'implique la participation des usagers.

— À la socialisation des connaissances correspond une remise en cause de la figure du spécialiste détenteur d'un savoir monopolistique, non partagé, non partageable. Si l'action des techniciens et des opérateurs sociaux garde sa fonction instrumentale, celle-ci ne peut s'entendre que par rapport à une réappropriation des usagers sur des domaines qui les concernent au premier chef mais dont ils ont été exclus. Les effets de cette socialisation des connaissances seraient alors :

- une meilleure adéquation entre les demandes réelles et les prestations fournies,
- une réduction — voire une élimination — des « faux besoins » induite par le marché socio-sanitaire ou ses politiques segmentées ;
- des modes d'évaluation politique des solutions préconisées au sein du territoire, ce qui implique une lutte contre ceux — médecins,

thérapeutes, travailleurs sociaux — qui voudraient d'une façon ou d'une autre maintenir un monopole quelconque.

— Au droit de gestion sur les institutions et leur mandat, droit qui place et les usagers et leurs organisations au centre du dispositif préventif correspond une volonté de recomposition des interventions agrégées et non atomisées. C'est sans doute là que l'aspect organisationnel redevient déterminant puisque, sur base du territoire, il s'agit bel et bien de recomposer des lignes d'intervention qui, d'une part, rencontrent des problèmes réels et, d'autre part, éliminent la parcellisation des interventions. Dès lors, si l'approche des différents opérateurs sociaux doit être interprofessionnelle et interdisciplinaire, elle n'en inclut pas moins une approche qui est prioritairement déterminée par les problèmes de la configuration territoriale, donc par une remise en cause de ce qui apparaît comme (re)produisant de faux besoins ou maintenant la parcellisation des problèmes.

En cela, on retrouve, par rapport au premier paradigme, le même effet démonstratif d'une intégration des interventions les unes par rapport aux autres. À ceci près que ce sont les forces sociales qui composent le territoire qui sont censées mener le jeu.

■ *La décentralisation, forme politique indispensable*

D'emblée, à établir une politique « par le bas », on se détermine (à travers une totalité qui trouve son sens dans un territoire) à mettre en cause les divisions qui caractérisent les interventions administratives centralisées par l'État. La décentralisation politique est indispensable à l'émergence d'un dispositif préventif et participatif sous peine d'engendrer autant de fronts de lutte qu'il y a de politiques sociales et médicales segmentées ou fragmentées.

> Dire que la prévention est porteuse d'une reconquête de la société civile n'a pas d'autre sens : reconquérir la gestion des lieux dans une espace territorial d'abord marqué par des savoir-faire et du savoir-vivre pour se réapproprier ce qui fait l'objet d'interventions multiples sur les corps, sur les familles, sur les groupes d'âge... La prévention alors est un paramètre du champ de lutte politique.

La prévention, comme dispositif maîtrisé par les usagers est un des éléments permettant de déstabiliser un appareil d'État « assureur », le centre du politique se déplaçant de ce dernier vers la société civile. À tout le moins, ça suppose la construction d'un rapport de forces qui résulterait d'une alliance des classes dominées puisqu'il s'agit de changer l'État si ce n'est pour le faire dépérir.

Il se fait que cette conjonction d'éléments a pu se présenter en Italie à un moment donné, conjonction qui a permis législativement une réforme institutionnelle. Mais quel en a été le modèle commun ? Le dispositif préventif ? La participation des usagers ? La crise — financière — des institutions d'assistance ? Une déprofessionnalisation des interventions ? Tout cela à la fois ? Comment cette conjonction d'éléments a-t-elle pu évoluer, changer ? Pour, par exemple, aboutir à une autonomisation du dispositif préventif ou d'un nouveau modèle professionnel, distant à nouveau des usagers et du pouvoir politique ?

À poursuivre ces questions sur la conjonction d'éléments qui tous semblent inséparables les uns des autres sous peine d'un éclatement de la totalité sensée qu'ils mettent à jour, on est en droit de se demander ce qui, en Italie, a pu changer... ou régresser.

Bologne comme révélateur

Si c'est à Bologne que les éléments que je viens de répertorier comme faisant paradigme semblent avoir fait l'objet d'une mise en oeuvre « matérielle », c'est aussi dans cette ville que les limites en sont le plus visibles ou le plus repérables. À reprendre l'analyse qu'en fait Marta Nerozzi [29], les limites apparaissent tant au niveau du contenu des services sociaux qu'au niveau des rôles professionnels et de la gestion des services.

— Au niveau du contenu, il apparaît que le dispositif préventif a été limité à la population non-active (par la mise en place de poly-ambulatoires préventifs) dans les quartiers, laissant la médecine du travail et l'hygiène publique aux mains des services centraux de la commune. L'unique forme de prévention dans les quartiers concerne alors l'individu et son milieu de vie semi-privé sans que les causes des problèmes (travail, habitat) soient intégrées dans le dispositif. Amputation de la notion du territoire interprétée par M. Nerozzi comme « une tentative de maintenir dans des limites bien déterminées la conscience populaire par rapport aux problèmes de santé », tentative de la municipalité qui favoriserait la recherche d'un consensus pour une politique de réformes limitées.

— Au niveau des rôles professionnels, le travail de quartier satisfait différemment les opérateurs socio-sanitaires : le personnel médical connaît beaucoup de désavantages par rapport à l'exercice indépendant de sa profession (revenu moindre, autonomie restreinte dans les choix d'intervention...) tandis que le personnel paramédical et les

travailleurs sociaux y trouvent leur compte : rapport égalitaire avec le personnel médical, participation à toutes les décisions...

— Au niveau de la gestion des services, donc de la participation des usagers, le double flux de communication (des citoyens vers les responsables politiques, de ceux-ci vers les citoyens) n'a guère d'existence réelle. « En permanence, c'est la communication des politiciens vers les citoyens qui a été privilégiée ». Plus, « dans les situations où la base s'organise, la présence des représentants des conseils de quartier et du personnel sanitaire freine l'expression autonome des citoyens et canalise le débat sur des thèmes prévus à l'avance par les spécialistes ». Amputation du sens même de ce qui se voulait rupture avec la parcellisation des interventions et leurs caractères les plus réifiés.

Pour reprendre le diagnostic global de M. Nerozzi, si « la mise en place des structures socio-sanitaires de quartier avaient pour objectif de transformer la gestion des services (le vieux modèle hiérarchisé, verticaliste et atomisé devant devenir participatif, horizontal et unifié) » [...] « en fait, la transformation démocratique a rencontré des difficultés historico-politiques [...] entraînant des incongruences organisationnelles qui ne pouvaient être dépassées que par une prise de pouvoir par les forces politiques qui l'avaient proposée ».

Est-ce à dire que le projet démocratique d'une réappropriation des services sociaux n'est réalisable que dans et par un processus révolutionnaire ? Ou encore que parce qu'il existe un projet de transformation capable de réunir citoyens, élus et techniciens ou opérateurs vers un projet de révolutionnarisation de l'ensemble des rapports sociaux ? Le dispositif préventif en apparaît d'autant plus comme projet « réformiste », supposant un consensus politique, structurel, culturel, consensus qui constituerait la condition sine qua non d'une politique préventive ? Question lancinante pour le mouvement « Psichiatrica democratica [30] »... Si le mouvement critique italien est et reste exemplaire, c'est qu'il est porteur d'un questionnement sur les rapports au savoir, à l'idéologie et aux conditions de réalisation d'une désinstitutionnalisation des prises en charge. En cela, ce questionnement nous intéresse dans la mesure où il porte sur la nature du changement culturel qui caractérise le travail sur le territoire. Ainsi que l'indique A. Buonatesta, « on part de la constatation que même lorsque les conditions organisationnelles sont optimales, une réflexion s'impose sur le plan du rapport thérapeutique pour sauver ce dernier des schémas médicalisants dans lesquels il risque de sombrer en même temps que toute l'optique de la réforme sanitaire ».

Questions sur l'imaginaire professionnel

En quoi ces deux paradigmes peuvent-ils nous aider à appréhender, à confronter les pratiques professionnelles et leurs effets dans le champ des politiques préventives ? En ce que leurs éléments font ou non système et qu'ils me paraissent constituer le soubassement de modèles culturels hétérogènes. Hétérogènes en ce que, dans les pratiques, la recherche d'une autre manière de faire, la recherche d'un rapport autre à la souffrance, à l'exclusion ne se départage pas sous forme de deux paradigmes mais conjugue souvent leurs éléments pour déboucher sur du pragmatisme ou de l'éclectisme ; d'autres choisissent encore de techniciser la prévention pour en faire un modèle d'intervention autonome, laissant aux oubliettes le projet d'une socialisation des connaissances.

En d'autres mots, il s'agirait d'éviter l'outrance de la réduction à deux modèles — ou deux paradigmes — dont le mode de lecture a privilégié la variable politique, qu'il s'agisse du rapport à l'État ou de ce qui fonde des pratiques militantes sur le territoire. Sinon tout pourrait apparaître de manière caricaturale sous la forme d'un système binaire où les rapports à l'État, aux techniques de prise en charge, au militantisme, à l'institution opposent terme à terme des manières de faire radicalement divergentes. Est-ce que le rapport à l'État, à la société civile ou au territoire est si évident dans les pratiques des travailleurs sociaux, des médecins, des psychologues, des administratifs ? Je voudrais à ce stade de travail faire trois remarques qui toutes ont trait aux orientations culturelles — ou l'idéologie — d'une politique préventive.

La prévention comme mythe, comme discours, comme projet

Beaucoup de bruit pour rien, la prévention ? Pour certains, cela ne fait aucun doute. La prévention se serait cantonnée à n'être que du discours pour apprentis-réformateurs d'appareils d'État. C'est singulièrement oublier que le discours peut aussi être de l'ordre de la réalité comme projet politique. Une singulière confusion continue à traverser l'appréhension de la prévention ; elle consiste à ne pas tenir compte de ce qui est de l'ordre du projet et de l'ordre de la réalisation avec ses échecs, ses détournements, ses contradictions. Si la prévention se constitue comme discours sur un projet toujours remis à plus tard ou toujours réalisable demain, c'est déjà à l'évidence qu'elle constitue un élément d'un modèle culturel sur le sens des pratiques. C'est cette production de sens qu'il s'agirait d'appréhender

en termes d'acteurs sociaux et d'enjeux pour sortir des discours banalisants du type : la prévention, ça n'existe plus, c'est du discours de sociologues qui cherchent un objet.

Par ailleurs, il paraîtra singulier de penser que le dispositif préventif n'est que du discours et qu'il n'a eu aucun impact sur les représentations professionnelles des travailleurs sociaux. Que l'on pense au mouvement italien, que l'on songe aux luttes institutionnelles, aux réactions corporatistes que le mot prévention continue à susciter. C'est à travailler les contradictions que le projet ou les réalisations préventives produisent en différents secteurs, qu'un réseau de travail international, non limité aux pays francophones, est pertinent.

La prévention comme modèle d'autonomie professionnelle

Il est tout à fait possible de construire un troisième paradigme basé sur l'appréhension de la prévention comme champ de pratiques autonomes, ni offensives ni projectives, comme négation même d'une volonté hégémonique. C'est le souci de certains de n'avoir plus à se situer par rapport à l'État ou par rapport aux usagers pour chercher à constituer un champ « scientifique » autonome. Que ce soit l'épidémiologie ou la psychanalyse qui servent de référents théoriques, il s'agira encore et toujours de déceler en quoi la prévention cherche à se constituer comme champ d'activité autonome où les facteurs de risques sont référés au seul comportement individuel... ou familial. Rien ne nous assure que le dispositif préventif ne soit porteur de pareille autonomisation dans le champ de la théorie et des pratiques de prise en charge.

Modèle politique ou culture technique ?

Y a-t-il du politique dans les choix qui président à la mise en place et à la réalisation de programmes préventifs ? À coup sûr, même si on restreint la portée du concept de politique à son aspect programmatique. Mais y a-t-il de la démocratie ? Question pertinente à ne considérer que le mouvement — démocratique — italien au niveau de la psychiatrie ou de la médecine. Luciano Carino affirme avec constance que la capacité de mobilisation, la recherche d'un sens politique qui ne se dilue pas dans les organisations existantes caractérisent la culture des opérateurs... jusqu'à ne plus se distinguer de l'élément thérapeutique.

L'organisation des forces comme élément du SAVOIR

« L'Italie est un pays qui fait des lois et ne les applique pas. La loi 180 est une loi qui, de fait, n'a pas été appliquée dans la plupart des régions italiennes. Surtout en ce qui concerne sa partie constructive. Pour les enfants, c'était la même chose. La loi ne garantissait absolument pas que les enfants puissent aller effectivement à l'école. Il a fallu organiser des familles avec des alliés : c'est les groupes homogènes qui risquent la même chose — c'est-à-dire avoir des enfants sur le dos ou l'internement — pour faire des pressions sur des directeurs d'écoles bourgeoises qui ne voulaient pas que des enfants sales soient dans les classes. Ce moment de l'organisation des forces est un élément de notre savoir, de notre pratique qui est très concret. Ce n'est pas l'implication de n'importe qui à faire n'importe quoi pour le goût du mouvement. C'est les porteurs de besoins qui ont les mêmes intérêts et qui s'organisent pour faire quelque chose de mieux que la prestation habituellement offerte et au-delà du discours des alliances plus larges, je crois que le pas est relativement court. Il est arrivé assez souvent que des alliances de ce genre soient bloquées par des dispositions nationales, par exemple, des circulaires du ministère de l'Instruction ont empêché ou détourné la loi. Il a fallu faire alors des actions ayant un souffle plus large et arrivant à déplacer une force plus grande et le jeu des alliances, ce jeu de l'intelligence tactique était un élément aussi qui n'était plus distinct de l'élément thérapeutique. Il y a une espèce de continuité logique élémentaire et évidente entre le problème de la souffrance d'un enfant et le problème de la force qu'il faut avoir pour le garantir d'une prestation traumatisante ou oppressive.

Voilà, je crois que c'est l'essentiel d'un itinéraire. Pour les enfants d'ailleurs comme pour les adultes. Un itinéraire qui passe par le fait que l'on ne peut pas exprimer des besoins et par le fait qu'on peut agresser des mécanismes de domination sociale et qui passe aussi par le problème de la spécificité de la souffrance des gens. C'est l'itinéraire que l'on essaie de suivre [31]. »

Est-ce à dire que le mouvement politique l'emporte largement sur les autres manières — techniques, organisationnelles — de faire, de prendre en charge ? Situer ce sens du mouvement comme spontanément militant serait réducteur. Les Italiens sont plus conséquents, ils se situent en termes de contradiction à faire éclater par un travail dialectique. C'est alors question de méthodes, d'outils, de techniques. Rappelons ici les positions de Basaglia et les contradictions soulevées par rapport aux techniques à utiliser mais bien plus par rapport aux contenus — aux ruptures de code — à redéfinir.

Un des aspects qui caractérisent Basaglia comme figure de proue du mouvement italien, c'est le refus des techniques psychologiques. Ou plus précisément le refus de toute forme de théorisation de la souffrance :

Le besoin d'une « science » nouvelle et d'une nouvelle « théorie » s'insère dans ce qui est défini improprement comme un « vide idéologique » et qui en réalité est le moment heureux où l'on pourrait commencer à affronter les problèmes sur un mode nouveau. Moment heureux dans lequel désarmés comme nous sommes [...], nous nous voyons contraints à nous rapporter à l'angoisse et à la souffrance sans les objectiver automatiquement dans les schémas de la maladie et sans disposer d'un nouveau code interprétatif qui recréerait l'ancienne distance entre celui qui comprend et celui qui ignore, entre celui qui souffre et celui qui assiste [32].

Éloge de l'incompétence, éclectisme positif qui a ceci de particulier qu'il refuse toute possibilité de justification pour les professionnels mais aussi illustration des difficultés à instrumentaliser concrètement une position alternative [33].

À tout le moins, cela ne semblait tenable que pour quelqu'un comme Basaglia et beaucoup moins pour tous ceux — praticiens — qui avaient à se mouvoir dans des institutions qu'il s'agissait de détruire mais qui n'en imposaient pas moins un rapport à la maladie, au traitement de celle-ci. A. Buonatesta souligne que la position de Basaglia a fini par désemparer les praticiens qui adhéraient au projet anti-institutionnel et cela pour deux raisons :

— d'abord parce que « l'immédiateté de leur agir, leur situation institutionnelle, le type de demandes dont ils sont investis, rendent difficile une « négation des mandats » qui ne soit un abandon ou une déresponsabilisation » ;

— ensuite, parce que « cette angoisse ne crée pas « le moment heureux » de rencontre directe de la souffrance de l'autre, mais bel et bien un sentiment d'incompétence car il ne s'agit pas d'un choix délibéré de refus d'instruments mais d'un manque d'instruments... Et c'est là une situation propice à la régression [34]. »

Est-ce à dire que Basaglia par son refus de penser un rapport nouveau aux techniques a ouvert la voie à un retour vers le positivisme médical ou psychologique au sein du mouvement italien ? Ce serait, je pense, aller un peu vite en besogne. Néanmoins, certains ont cherché à dépasser le refus de Basaglia pour rencontrer les problèmes soulevés par le « manque d'instruments ».

Il y a là un problème singulier qui traverse les représentations des pratiques professionnelles et qui tourne autour de la question : en quoi les outils utilisés, les techniques ou les programmes préventifs correspondent-ils à un objectif comme celui de la socialisation des connaissances ? D'autant plus que celle-ci est dialectiquement reliée à la participation des usagers en mouvement. En quoi cette question constitue-t-elle un enjeu pour la démocratie ? On aurait tort de croire que la question est limitée au champ des pratiques préventives. Un scientifique comme P. Roqueplo [35] mène depuis de nombreuses années une réflexion sur le rapport au savoir, sur le caractère des options technologiques et des rapports sociaux dans une société technicienne. Ce rapport au savoir est-il démocratique ? Y a-t-il démocratisation de la maîtrise politique de la technologie ? Comment tout compte fait se matérialisent les rapports sociaux à travers un dispositif — organisationnel, technicien — dont le centre consiste encore et toujours à prôner l'idéologie du progrès ? Une telle question au-delà des discours préventifs, exige prioritairement un travail de confrontation dont on peut espérer une socialisation des connaissances.

B. Francq
Bruxelles
Août 1983

B. Francq est sociologue et travaille comme formateur d'adultes. Il a coordonné en 1981 une recherche sur la protection de la jeunesse en Belgique et travaille actuellement à l'analyse quantitative des politiques sociales dans la Communauté française de Belgique.

NOTES

1 Sur ce glissement, je renvoie à mon article : Comment les politiques sociales se sont-elles constituées en Belgique ? *Revue internationale d'action communautaire* no 7/47, Montréal, Printemps 1982, p. 21.

2 Gottraux, M. : « La construction sociale du champ de la prévention », *Sciences sociales et Santé*, n° 1, Paris, décembre 1982, p. 15-37.

3 Mercenier, Pierre : « La médecine préventive — Exigences ou panacée ? » p. 298 in no Spécial « Pour une politique de santé ». *Revue Nouvelle*, Bruxelles, octobre 1971.

4 Touraine, Alain : *L'après-socialisme*, Grasset, Paris 1980, p. 129-136.

5 Pour une présentation de la méthodologie P.P.B.S., voir G. d'Aumale : *La programmation des décisions*, P.U.F. (collection Sup-l'économiste), Paris, pour la R.C.B. : H. Lévy-Lambert, H. Guillaume : *La rationalisation des choix budgétaires*, P.U.F. (collection Sup-l'économiste), Paris, 1971.

6 Castel, Robert : « La guerre à la pauvreté aux États-Unis : le statut de l'indigence dans une société d'abondance », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris n° 19, janvier 1978, p. 47-60.

7 Cottereau, Alain : « Les techniques nouvelles — Mythes et réalités » in *L'Administration* (sous la direction de J. Sallois), Hachette (coll. Sciences de l'action), Paris, 1974, p. 461-502.

8 Pour la Belgique : Molitor, André : *L'administration de la Belgique* (voir le chapitre IV : Les techniques modernes de gestion publique), Ed. du CRISP, Bruxelles, 1974.
Pour le Québec : Levasseur, Carol : « De l'État-providence à l'État-disciplinaire » in *l'État du Québec en devenir* (sous la direction de G. Bergeron et R. Pelletier), Boréal Express, Montréal, 1980.

9 Rappelons ici que les méthodes de programmation (PPBS, D.P.O., R.C.B.) ont

d'abord été appliquées au domaine militaire pour ensuite faire l'objet d'expérimentation dans le secteur socio-sanitaire (hôpitaux, politique de transferts sociaux...)

10 Bianco, J.L., Lamy, P. : *L'aide à l'enfance demain*, Contribution à une politique de réduction des inégalités, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, Imprimerie Nationale, Paris, 1980.

11 C'est là un aspect de la recherche qu'un réseau de travail international devrait approfondir pour en tirer un certain nombre de leçons politiques.

12 Maquet, C. : « Un modèle médical 'délibéralisé', la Maison médicale de Seraing », *Revue Internationale d'Action communautaire*, n° 7, Printemps 1982, p. 30-39.

13 Francq, B., (sous la direction) : *Le Nouvel Ordre Protecteur*, Ed. C.J.E.F., Bruxelles, 1981 (voir particulièrement le chapitre Échec et réussite des structures intermédiaires).

14 Bianco, J.L. — Lamy, P. : *op. cit.*

15 Elle suppose, dans ses effets de démonstration, une réorganisation, une redéfinition des services les uns par rapport aux autres et l'émergence de nouveaux champs professionnels, de nouveaux travailleurs débouchant sur une nouvelle division du travail où la prévention s'affirme résolument comme centrale par rapport aux procédures de traitement, de prise en charge des populations.

16 Jobert, Bruno : *Le social en plan*, p. 133 ; Ed. Ouvrières (collection Politiques sociales), Paris, 1981.

17 Les conditions politiques sont-elles le seul fait d'administratifs éclairés et de professionnels à la recherche d'un nouveau rapport à l'aide et à la prise en charge ? C'est là une question sur laquelle je reviens longuement à propos de ce qui a pu se développer en Italie.

18 Certains ont cru bon d'appeler cela « développement communautaire », se référant aux pratiques américaines dont Tocqueville avait fait système dans son ouvrage *De la démocratie en Amérique*. Pour une analyse des « illusions de la communauté », cfr. le chapitre V. de F. Castel, R. Castel, A. Lovell : *La société psychiatrique avancée*, Grasset, Paris, 1979.

19 Bridel, B., Colland, M.C., Fragnière, J.P., Gottraux, M., Mucci, M., Roux, P. : *Un autre travail social*, Ed. Delta (coll. Travail social), Vevey, 1981.

20 Buonatesta, Antonio : *Mythe et réalité de la psychiatrie alternative italienne* (de l'alternative à la réforme — L'expérience de Gênes comme analyseur), Mémoire de licence en psychologie, Louvain-la-Neuve, septembre 1981.

21 Mascilli, Nicoletta : *Maladie, déviance et besoins*, (Psychiatrie alternative et médecine critique en Campagnie), Mémoire de licence en psychologie, Louvain-la-Neuve, septembre 1981.

22 Carino, Luciano : « Les expériences critiques de travail en psychiatrie infantile », *Transitions* (no spécial Psichiatria democratica et psychiatrie sociale — confrontation franco-italienne, Nice, Mai 1982) n° 11-12, p. 127-140 et, du même auteur, « Les soins dans l'expérience de psychiatrie critique en Italie », p. 14 (non publié).

23 L. Carino : article cité, p. 131-132.

24 Anderson, Perry : *Sur Gramsci*, Maspero (Petite collection n° 212), Paris, 1978, p. 60.

25 *Ibidem*, p. 77-88.

26 Voir Gaucher, M. : « Tocqueville, l'Amérique et nous (sur la genèse des sociétés démocratiques) », *Libre* n° 7, 1980, p. 43-120.

27 Bridel, B., Colland, M.C., Fraghière, J.P., Gottraux, M., Mucci, M., Roux, P., *op.cit.*, p. 89.

28 Ici encore Gramsci serait utile pour savoir sur quel mode — celui de la coercition ou celui du consentement — s'établit cette nouvelle alliance qui déterminerait une nouvelle configuration des interventions à l'endroit de la reproduction de la force de travail.

29 Nerozzi, Marta : *Per un'analisi dei modeli organizzativi* (Strategia e struttura negli interventi socio-sanitari del Commune di Bologna), cité dans : *Un autre travail social*, p. 104-107.

30 Agostino Pirella, actuel secrétaire général de Psichiatria Democratica soulignait, lors d'une rencontre franco-italienne que « la simple défense de la loi 180 n'est pas suffisante. Nous savons qu'il est nécessaire de lutter pour mieux préciser les modalités d'application de cette loi, pour ne pas transférer sur le terrain une méthode orientée vers le contrôle et la répression mais pour orienter l'organisation du service de façon à fonctionner suivant le besoin des usagers et non pas en fonction de l'efficacité bureaucratique de ce service [...] mais il y a des obstacles dans la tête des gens eux-mêmes : les préjugés, l'inertie, la tendance au reflux. Des obstacles aussi dans l'initiative politique des forces réactionnaires conservatrices ». *Transitions*, n° 11-12, p. 184.

31 Carino, L., *art. cit.*, p. 134.

32 Basaglia, F., préface à Venturini, E. : *Il giardino del gelsi*, p.XII.

33 Voir la discussion entre Castel, R., Elkaim, M., Guattari, F., Jervis, G. : *L'alternative politique face aux techniques*, Collectif international, Réseau Alternative à la psychiatrie, U.G.E., (10/18) Paris, 1977, p. 92-128.

34 Buonatesta, A. : *op. cit.*

35 Roqueplo, P. : *Penser la technique — pour une démocratie concrète*, Seuil (Collection Science ouverte), Paris, 1983.