

International Review of Community Development

Revue internationale d'action communautaire



Résumés

Numéro 1 (41), printemps 1979

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034841ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034841ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

(1979). Résumés. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 178–192.
<https://doi.org/10.7202/1034841ar>

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1979

Cet article 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/>

Érudit

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/>

Résumés

La *Revue Internationale d'Action communautaire* prend dès le printemps 1979 la relève de l'*International Review of Community Development* créée il y a une vingtaine d'années par le sociologue Albert Meister.

La RIAC devient désormais une revue principalement francophone, caractérisée par une attention privilégiée aux *pratiques* novatrices, qu'elles soient professionnelles ou "militantes", institutionnelles ou "de base", dans les domaines de l'action communautaire ou collective reliés aux champs des services sociaux, de la santé publique et de l'éducation des adultes. Elle s'intéresse particulièrement aux expériences de prise en charge et de réappropriation par les populations de leur santé, de leur "bien-être" (welfare) et de leur éducation et est ouverte aux nouveaux problèmes qui se posent aux "sociétés de services". Dans cette perspective, elle accueille également des *analyses des politiques* gouvernementales sociales, sanitaires et/ou éducatives qui structurent le développement des collectivités.

Cette revue est produite par quatre centres associés du Québec, de France, de Belgique et de Suisse, avec des correspondants dans d'autres pays dont l'Italie, l'Espagne et l'Amérique latine. Elle conserve son ouverture traditionnelle sur les problèmes actuels de l'organisation socio-sanitaire et éducative des pays "en voie de développement".

Elle est destinée aux professionnels, aux administrateurs et aux militants qui oeuvrent dans les domaines précités. Elle entend être une revue rigoureuse dans sa démarche descriptive et analytique sans pour autant adopter les formes d'une revue académique. Elle vise à devenir un forum entre acteurs impliqués à divers paliers des systèmes de production de services.

Dans cette perspective, les numéros seront thématiques, consacrés successivement à la prise en charge communautaire de la santé (mai 1979), aux processus d'éducation populaire (novembre 1979), à la prise en charge communautaire de la vie urbaine : logement, transport, aménagement de l'espace (mai 1980), aux instruments de recherche-action (novembre 1980), etc.

La revue paraît deux fois par année, au printemps et en automne. Elle contient des résumés en anglais et en espagnol. Elle est coordonnée et publiée à Montréal. publiée à Montréal.

Nous sollicitons les commentaires, les suggestions, les contributions, les collaborations occasionnelles ou permanentes de tous ceux que ces perspectives intéressent.

La prise en charge communautaire de la santé au Québec (F. Lesemann)

La question de la prise en charge communautaire de la santé au Québec est aujourd'hui principalement polarisée autour de celle du rôle des Centres locaux de services communautaires (CLSC) institués par la réforme des services de santé et des services sociaux en 1971.

Le modèle des CLSC est la résultante de deux fonctions principales que doit gérer l'Etat québécois : une fonction économique de diminution draconienne des coûts pour laquelle le modèle du CLSC joue un rôle primordial car il propose des soins simples, globaux, préventifs, de base, etc., et une fonction sociale, celle d'exercer le contrôle politico-social des catégories sociales pauvres par une politique de participation intégrative.

Toute l'évolution récente des CLSC est marquée par la tension que suscite la gestion simultanée de ces deux fonctions contradictoires sous plusieurs aspects. Le contexte de crise économique favorise la prédominance de la fonction économique, ce qui se traduit par une volonté gouvernementale croissante d'intégrer les CLSC dans le réseau des établissements socio-sanitaires, de les normaliser, au détriment de leur fonction d'innovation, de participation, de contestation, d'orientation communautaire, qui donne son caractère original au modèle théorique des CLSC.

Aussi les CLSC sont-ils actuellement le lieu d'enjeux importants dans les luttes pour une transformation des pratiques de santé au Québec.

Les Centres locaux de services communautaires et la santé (XXX)

Une table ronde consacrée à ce thème a réuni huit personnes impliquées dans l'évolution récente des CLSC, particulièrement en ce qui concerne leur activité médicale et sanitaire. Les CLSC entendent promouvoir une nouvelle conception de la santé (et non de la maladie). Si leurs débuts ont été difficiles (conflits entre les groupes professionnels, les administrateurs, les usagers, le gouvernement), ils semblent avoir acquis leur vitesse de croisière. Les CLSC produisent des pratiques vraiment nouvelles, dans les modalités de la pratique médicale, la prise en charge communautaire de la santé, la santé familiale et infantile, la santé au travail, etc. La table ronde décrit de nombreuses initiatives dans ces domaines qui toutes mettent l'accent sur la participation de la population, l'approche globale, multidisciplinaire et déprofessionalisante des problèmes identifiés. Si les CLSC sont encore en nombre restreint (80 sur 250 prévus), si leur budget ne représente même pas celui du principal hôpital de Montréal (\$63 millions), leur influence n'en est pas moins de plus en plus déterminante sur l'ensemble du réseau des établissements sanitaires et sociaux, ainsi que sur les organisations professionnelles médicales. Pour toutes ces raisons, les CLSC représentent un enjeu politique de taille et la volonté du gouvernement d'assurer leur développement est très incertaine. Il importe que la population se mobilise pour exiger la poursuite de la réforme socio-sanitaire dont ils sont le symbole.

Intervention communautaire chez les employés de bureau (S. Kodsi)

Au CLSC Centre-ville à Montréal on se préoccupe de la santé au travail de 9000 employés de bureau qui oeuvrent à la "Place Desjardins". L'intervention se situe aux niveaux individuel, organisationnel et communautaire. Employés, employeurs et syndicats sont réunis au sein de comités de santé qui cherchent à prendre en charge cet aspect nouveau de la santé au travail. Ces comités constituent un moyen de pression au sein de l'entreprise, mais ils questionnent également les syndicats qui ne sont guère préparés à s'y intéresser.

Le mouvement syndical et la réforme du système de santé (G. Cartier)

La responsable du dossier santé-sécurité à la Confédération des syndicats nationaux raconte l'évolution des débats qui ont eu lieu à l'intérieur du mouvement syndical sur la question de la participation syndicale aux conseils d'administration des hôpitaux et explique comment les syndicats en sont arrivés à la décision de ne plus y participer.

Elle soulève ensuite les difficultés que rencontre le mouvement syndical à développer des luttes pour la transformation des pratiques médicales en soulignant que c'est

d'abord par le biais des luttes pour la santé et la sécurité au travail (autant dans les usines que dans l'hôpital même) que l'on peut commencer à démystifier la neutralité du pouvoir médical.

Malgré les tendances au cynisme et au corporatisme que le milieu hospitalier encourage chez les travailleurs, et en tenant compte du fait que la première priorité du syndicat doit être d'abord et avant tout de protéger les intérêts immédiats de ses membres, on constate néanmoins des indices d'une volonté croissante chez les travailleurs de la santé de démystifier le pouvoir médical.

"Berceauville" une intervention socio-psychiatrique (H. Dorvil)

Berceauville, c'est un village isolé des Laurentides au nord de Montréal, caractéristique d'un milieu pathogène. L'article décrit sur un mode anthropologique la vie sociale et communautaire de ce village.

Alors que près de 40% des membres du village étaient régulièrement hospitalisés pour des raisons psychiatriques, l'intervention d'une équipe interdisciplinaire qui a vécu dans le village pendant cinq ans a entraîné une restructuration de la vie communautaire, une diminution draconienne de l'hospitalisation.

Les usagers dans une expérience de services communautaires de santé (M. Steffen)

Les Centres de Santé constituent de nouvelles structures socio-médicales où exercent des équipes pluridisciplinaires intégrées dans leur quartier d'implantation. Leur nombre est encore très restreint en France.

L'article s'intéresse à un aspect particulier de ces Centres : celui de la participation des usagers à la mise en place des structures communautaires de santé et à l'élaboration d'une politique locale de santé. L'exemple étudié est celui de la Villeneuve à Grenoble. L'expérience doit faire faire à une série de conflits relatifs à la participation et au financement.

D'une façon générale, les causes des difficultés de la participation des usagers peuvent être liées :

- à la définition étroitement technique, "médicale" de la santé ;
- à la forme principale de la lutte sociale qui s'organise principalement autour de la production et seulement faiblement dans la sphère de la reproduction de la force de travail dont fait partie la santé ;
- la constellation d'attitudes psychologiques devant les problèmes touchant à la maladie : l'importante charge affective et l'appréhension en termes de "problèmes individuels" rendent difficile la traduction de ces problèmes en termes politiques, traitables collectivement.

Une démarche communautaire à partir de soins infirmiers (J. Sagot, M.-F. Collières, E. Maurel)

L'Union nationale des Associations de centres de soins a été créée en 1974 pour s'opposer à la fois au contrôle étatique et aux pratiques de soins libérales. Il s'agit de "promouvoir une nouvelle organisation des soins, en liaison avec l'animation sociale et culturelle du quartier et avec la participation directe des usagers". Tous les centres adhérents à l'UNACS ont un conseil d'administration où les usagers sont majoritaires; les financeurs (Caisse maladies, Mairies) n'ont aucun siège de droit. Les usagers appartiennent généralement à des organisations syndicales ou politiques de "gauche", non-communistes à tendance auto-gestionnaire.

Les Centres de soins fraient la voie à des rapports sociaux nouveaux : en remettant en cause les rapports soignant-soigné, dominant-dominé, en permettant l'interpénétration du champ professionnel et du champ politique, en modifiant les rapports de travail et de pouvoir entre les partenaires en présence.

On présente deux exemples concrets de centres de soins (soins infirmiers et aides-ménagères).

Les boutiques de santé (M. Paillard)

Les boutiques de santé ne sont pas des Centres de soins, mais des centres de réflexion, d'accueil et de débats pour tous ceux qui s'interrogent sur la santé. Il s'agit d'assurer une information critique et de répondre aux questions sur les techniques médicales, leurs avantages, insuffisances, etc.

L'objectif ultime des boutiques est de remettre en cause la médicalisation des problèmes de santé, de briser l'individualisation des problèmes de soins. Les boutiques travaillent avec les groupes : syndicats, comité d'hygiène et de sécurité d'entreprises, associations de consommateurs, de parents, groupes de femmes, etc.

Les Centres de santé de quartier et les pratiques d'appropriation de la santé (M. van Dormael)

Fondamentalement, les Centres de santé de quartier contestent la structure des rapports sociaux que fonde la pratique médicale traditionnelle : pouvoir légitime des soignants de proposer aux soignés des grilles de lecture médicales des difficultés de leur vie quotidienne, contrôle interne des soignants par le biais des rapports hiérarchiques, absence de solidarité entre soignés.

L'auteur fournit une description des Centres de santé de quartier, de leur financement, de leur fonctionnement et pose les jalons pour une évaluation de ces expériences.

Hoboken (A. Hers, E. van Schaftingen, A. Veys)

Le groupe d'Hoboken, dans la banlieue d'Anvers, où se trouve implantée l'une des plus grandes usines de métaux non ferreux d'Anvers, est composé de médecins qui ont décidé de situer leur pratique médicale dans le cadre de la lutte des classes. Ils cherchent à promouvoir une médecine au service des travailleurs. Dans cette entrevue, ils décrivent leurs démêlés avec l'Ordre des Médecins, leur organisation, leurs objectifs, leurs luttes, en particulier dans le domaine de la santé au travail, de la pollution de l'environnement et dans le traitement clinique des familles ouvrières. L'engagement social et politique de ce groupe de médecins caractérise fondamentalement leur pratique.

L'AGK, le Comité de santé d'Anvers : actions et buts (XXX)

L'AGK, créé en 1972 est un regroupement volontaire d'assurés sociaux qui poursuit, sur une base strictement volontaire, militante et non-professionnelle, des travaux d'ordre :

- de défense et de protection des intérêts des assurés sociaux (dossiers de plaintes);
- d'information par la publication d'un journal mensuel, la distribution de tracts;
- politique de formation, de collaboration avec les syndicats, les partis politiques, les organisations de femmes, etc.;
- de contrôle avec les usagers des comptes d'hôpitaux et de laboratoires, de mises sur pied d'enquêtes. Des comités de contrôle tentent ainsi de se mettre sur pied dans chaque hôpital d'Anvers.

Phénomène d'acculturation et santé du migrant (J.N. Alfatli)

Le migrant traduit dans son corps les difficultés de son acculturation. C'est à partir de cette compréhension de la dimension culturelle des maladies du migrant que l'équipe médicale peut intervenir. La Maison médicale de GRACE-HOLLOGNE, quartier populaire de Liège composé à 40 % d'habitants immigrés vise à intégrer ceux-ci dans un processus de prise en charge collective, à l'intérieur du quartier et d'une communauté. Autogestion, conseils de patients, travail de groupe, approche culturelle de la maladie physique et mentale caractérisent le fonctionnement de cette maison médicale.

Quelques questions sur l'orientation des Centres locaux de santé (R. Franck)

Il y a en Belgique environ une trentaine de projets de pratiques alternatives sur le terrain de la santé. Ceux-ci présentent un large éventail d'orientations différentes,

mais la grande majorité sont le fait d'équipes de travailleurs de la santé. Ces projets ont toujours un caractère privé.

Sans procéder à une quelconque évaluation de ces projets, l'auteur se pose un certain nombre de questions : n'est-on pas en présence de tentatives de modernisation du pouvoir médical ? Parvient-on, comme on l'espère, à redonner vraiment du pouvoir aux patients ? N'y a-t-il pas une tendance secrète à la médicalisation en véhiculant une définition extensive du concept de santé jusqu'à lui inclure le bien-être social ? Quelles sont les conditions d'une véritable participation ?

Sur ce dernier point, ne conviendrait-il pas d'inverser la tendance des centres à rechercher une participation de la population en faisant en sorte que ce soit plutôt le centre qui offre sa participation à d'autres initiatives de la population, de groupements, d'organisations et d'institutions ? Une telle orientation permettrait de rendre à la santé ses limites et sa place dans la vie sociale, au lieu d'englober la vie sociale dans la santé. Des exemples illustrent cette hypothèse de travail.

L'auteur s'interroge enfin sur les rapports qu'entretiennent la santé et la politique, le travail médical et le militantisme. Les équipes de santé doivent sortir de leur isolement tant au niveau de la pratique — par une collaboration avec d'autres groupes et organisations — qu'au niveau idéologique.

Education sanitaire. Propositions de solutions au problème du langage (D. Piette)

L'auteur s'interroge ici sur le problème de la communication experts-profanes. Quel langage employer lors de la transmission des informations des uns aux autres ? A propos d'une brève enquête menée à propos du rhume auprès de personnes de trois niveaux d'études très différenciés, l'auteur dégage les conclusions suivantes : les savoirs profanes sont constitués par des approches parcellaires et rationalisées d'expériences vécues ; l'ensemble des profanes sont démunis face au savoir scientifique véhiculé par les médecins.

Le problème de l'éducation à la santé est vaste et complexe. Sa solution se trouve dans une animation réciproque d'information scientifique pour les profanes et de connaissance de la conscience populaire et de l'inconscient collectif pour les experts. Il doit donc y avoir une pluralité de messages allant tantôt des experts vers les profanes, tantôt des profanes vers les experts, tous alternant leurs rôles respectifs de manière continue. Un exemple relatif à la vaccination illustre ce processus.

Positions syndicales face à la politique de la santé et aux initiatives locales (G. Foidart)

Le système de Sécurité sociale en Belgique n'a jamais dépassé son objectif d'assurer une couverture financière en cas de maladie-invalidité. Son but n'a jamais été d'intervenir

dans une politique de santé et il n'a jamais visé à mettre en place un service de santé organisé.

On assiste donc à une prospérité du libéralisme médical et à une augmentation spectaculaire des coûts.

Face à cette situation, le Syndicat socialiste F.G.T.B. revendique pour le financement des soins de santé une fiscalisation progressive du régime des soins par le biais de l'impôt sur les revenus ; il exige aussi une politique de santé publique axée sur la prévention, la protection de la santé collective et une organisation sanitaire bâtie à l'échelon local du type "centre de santé" géré par les usagers et orienté vers une médecine sociale et communautaire.

Les mutuelles (E. Descampe)

Les mutuelles sont actuellement intégrées au système d'Assurance-maladie. Outre le remboursement des soins de santé, l'assurance complémentaire à la sécurité sociale, les mutuelles financent des hôpitaux et des polycliniques. Elles cherchent par ce moyen à casser dans la région les prix des soins de santé et de l'hospitalisation, à briser le monopole des médecins. Par leur importance financière considérable dans le secteur de la santé, les mutuelles peuvent influencer les décisions gouvernementales relatives à l'organisation de la santé. Elles sont associées aux mécanismes de concertation politique et aux négociations sur les tarifs.

Les mutuelles favorisent actuellement le développement des soins à domicile pour pallier l'augmentation des coûts des hôpitaux et des polycliniques.

L'hôpital comme autre lieu de formation (M.-Th. Engelberts)

L'Hôpital de gériatrie de Genève a instauré un programme de formation continue du personnel infirmier sur le lieu de travail. La formation a donc pu devenir réellement le reflet des demandes des soignants. L'intervention a rassemblé des représentants de l'ensemble du personnel des services concernés. Animation, utilisation du film, analyse institutionnelle caractérisent cette action collective de formation. Un des objectifs est de travailler à la définition d'un cadre de négociation avec la direction qui soit en rapport avec l'ensemble des demandes faites par les services afin que les réponses apportées engagent réellement la direction dans un processus de changement.

A propos du nucléaire : modèle de développement et santé (A. L'Abate)

Les mouvements anti-nucléaires luttent pour l'instauration d'un "nouveau modèle de développement". En effet, la nécessité de recourir à l'énergie nucléaire est l'aboutissement d'un modèle de développement basé sur l'industrialisation lourde, l'urbanisation intensive, la minorisation de l'agriculture, le gaspillage sauvage des ressources naturelles

qui a été celui qui a assuré l'essor des pays industriels centraux. Les effets de ce modèle de développement sont extrêmement néfastes et inquiétants à de nombreux points de vue. L'expansion du nucléaire est corrélative de la volonté des pays centraux de poursuivre leur développement selon le modèle initial qui a assuré leur domination, au détriment des pays périphériques ou "en voie de développement", mais aussi des conditions de vie sanitaires et écologiques des populations de tous les pays.

L'auteur illustre sa thèse par de nombreux exemples italiens, mais aussi d'autres pays et prône la promotion de l'utilisation de sources d'énergies renouvelables et non polluantes, en lien avec un processus de décentralisation économique et politique qui accorderait un poids accru aux populations et aux communautés locales, leur permettrait de reprendre collectivement le contrôle de leurs conditions de vie et favoriserait l'avènement d'une société "conviviale".

De nouveaux médecins pour l'Afrique : une application au cas du Zaïre (G. Bibeau, E. Corin)

Depuis 5 ans, divers pays africains, et en particulier le Zaïre sont en train de mettre en place dans la discrétion une nouvelle médecine. Ce processus devrait aboutir à la création d'une authentique médecine africaine, qui ne sera ni un simple prolongement de la médecine traditionnelle africaine, ni un simple décalque de la médecine occidentale importée. Un des aspects essentiels de cette nouvelle médecine consiste à intégrer les guérisseurs dans le système public de santé.

Cette orientation va dans le sens des récentes recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé de travailler à la promotion de la médecine traditionnelle, tout en développant une infrastructure de santé publique axée sur les soins primaires dispensés par des animateurs sanitaires.

L'article décrit diverses catégories de guérisseurs et signale les délicats problèmes engendrés par cette orientation nouvelle de la santé.

Notes sur la pratique médicale en Chine Populaire (Mukuna ka Mukuna)

Dans le cadre d'un échange scientifique, Mukuna ka Mukuna s'est rendu en Chine Populaire. Durant son séjour, il a pris connaissance

- de la médecine chinoise telle qu'elle est pratiquée à la base dans les brigades de production et dans les communes populaires mais aussi telle qu'elle est enseignée dans les Ecoles de médecine chinoise ;
- des Instituts de recherche sur les plantes ;
- de ce qu'implique la préparation du médicament en Chine Populaire.

La pratique médicale en Chine Populaire repose essentiellement sur trois éléments : le médecin-aux-pieds-nus, le dispensaire des brigades de production et la médecine chi-

noise. Structure, agent et savoir sont ainsi porteurs d'une pratique médicale qui est au service du peuple et dont les pays du Tiers-monde peuvent tirer profit.

La modernisation médicale : une problématique macroscopique des programmes de soins médicaux (D.E. Hayes-Bautista, M. Minkler)

Les auteurs cherchent à mettre en relief les présupposés implicites des modèles théoriques de modernisation médicale. La mise en place d'un système de soins médicaux à la fois rationnel et scientifique implique souvent, cependant, l'importation pure et simple des modèles occidentaux.

L'application du modèle de modernisation médicale est examinée à la lumière des expériences avec les groupes marginaux et défavorisés aux USA de même que dans des pays en voie de développement. Les auteurs tentent d'abord d'identifier les caractéristiques générales de ces expériences et d'en cerner ensuite les résultats.

Quatre résultats principaux de la mise en place des systèmes modernes de soins médicaux sont identifiés :

- (1) une tendance à privilégier la médecine curative aux dépens de la médecine préventive, ce qui entraîne des déboursés astronomiques aux niveaux de la formation et de l'encadrement technologique du personnel qualifié.
- (2) "la fuite des cerveaux" vers des pays ou régions plus privilégiés.
- (3) une tendance pour la distribution des soins à être orientée vers les secteurs les plus privilégiés et industrialisés de la population.
- (4) l'approfondissement des inégalités économiques et politiques.

A titre de comparaison, les auteurs examinent brièvement un autre modèle de développement sanitaire. Selon ce modèle, la réalisation de l'objectif d'une amélioration générale de la santé de la population dépend tout autant de facteurs économiques, politico-idéologiques et technologiques que de soins médicaux proprement dit. Se référant principalement aux expériences chinoises et cubaines, les auteurs soulignent l'importance d'une distribution plus équitable des biens et du pouvoir dans un processus d'amélioration de la santé de la population. Les auteurs concluent en soulignant la nécessité de mesurer judicieusement les effets d'importation de pratiques médicales modernes.

Summaries

As of this issue, the *Revue internationale d'action communautaire* assumes the direction of the *International Review of Community Development* which was created some twenty years ago by the French sociologist, Albert Meister.

RIAC will publish principally in French and is mainly interested in looking at new tendencies that are developing *in the field* both by professionals and grass-root movements in the areas of social services, public health and adult education. Attempts by the population to take over the administration of their health, welfare and educational environments as well as the new problems generated by a "service society" will be focus points for future issues. At the same time, the Review is interested in analyses of governmental policies in the fields of social affairs, health and education.

The Review is published under the collective responsibility of four editorial boards: in Québec, France, Belgium and Switzerland and has correspondents in other countries such as Italy, Spain and Latin America. The traditional interest that the Review has shown for the problems of organization in health, welfare and education in developing countries will thus be maintained.

RIAC seeks to reach out to professionals, administrators and grass-root members that are active in the above-mentioned areas. While wishing to be rigorous in description and analysis, we want to avoid the pitfalls of an academic review. We hope to provide a forum for discussion by the various actors involved at different levels of the service production systems.

For this reason, each issue will be oriented around a particular theme: May 1979: community control of health services; November 1979: "people's education"; May 1980: community control of urban life and November 1980: research-action techniques.

The Review will come out twice a year, in the spring and fall and will be about 180 pages with summaries in English and Spanish. The co-ordination and publication will be the responsibility of the Montréal editorial board.

We would welcome any comments, suggestions, contri-

butions and/or permanent or occasional collaboration from those interested.

Community Control of Health in Quebec (F. Lesemann)

The question of the community control of health in Québec is presently polarized around the debate on the Local Community Service Centers (LCSC) which were established by the reform of health and social services in 1971.

The LCSC model is structured by the necessity for the Québec State to respond to the economic and social contradictions of Québec society. On the one hand, the State must cut health costs drastically, and the LCSC are extremely important in this light because they offer simple, front-line, preventive medical care, and on the other hand, the State must exercise its function of socio-political control of the poorer sectors of the population through a policy of "integrative participation".

The simultaneous pursuit of these two largely contradictory necessities conditions the evolution of the LCSC. The present economic crisis tends to put the economic necessities in the foreground which means that government policy tends to favour the integration of the LCSC into the more traditional network of health and welfare institutions and to sacrifice the innovative, participative and community oriented experiences that constitute the original character of the theoretical model of the LCSC.

For this reason the LCSC is an important focus point in the struggle for the transformation of health practices in Québec.

The Local Service Community Centers and Health Care (XXX)

Eight people directly involved in the LCSC discuss the recent evolution of health and medical practices in these

institutions. The LCSC seek to promote a new conception of health (and not sickness). Early experiences were difficult and involved conflicts between various professional groups, administrators, clients and government but it seems as if some of these problems have been ironed out. The LCSC are innovating new medical practices concerning community control of health, especially in the fields of family and child health as well as industrial health. The discussion describes the various initiatives that have been taken in these areas and all seem to stress the necessity for citizen participation and for a multidisciplinary, deprofessionalized and holistic approach to the problems identified. While the LCSC are still relatively few in number (80 instead of the 250 originally planned) and while their combined budgets still do not equal that of the main hospital in Montréal (\$63 million), their influence on the network of health institutions and the various organizations of the medical profession seems to be growing. For these reasons, the political stakes involved in the development of the LCSC are high and the determination of the government to ensure this development is far from certain. The participants emphasize the necessity for the population to organize and demand the continuation of the social health reform symbolized by the LCSC.

Community Action with Office Workers (S. Kodsí)

The downtown Local Service Community Center of Montréal is involved in a work health project concerning the 9 000 office workers of a nearby office complex. The project is structured at individual, organizational and community levels and involves the workers, their unions and the employers. Health committees are set up to look into the specific relationship between office work and health conditions. These committees are meant to exert pressure on the employers but they have also had to exert pressure on the unions who do not seem overly enthusiastic.

The Unions Movement and the Health Care Reform (G. Cartier)

The person responsible for the health and safety dossier for the Confederation of National Trade Unions relates the evolution of the debate within the union movement concerning union participation on hospital boards of administration and explains how the unions came to the decision not to participate.

She outlines the difficulties that unions meet when trying to tackle the problem of changing current medical practices and suggests that it is through struggles for health and safety in the workplace (whether it be in factories or in that medical power the hospital itself) can best be demystified

In spite of the cynicism and corporatism which the hospital environment tends to instill in health workers, and taking into consideration the fact that the first priority of unions must be to protect the immediate interest of

their members, health workers are nevertheless increasingly aware of the necessity to demystify medical power.

A Socio-psychiatric Intervention in Berceauville (H. Dorvil)

Berceauville is an isolated village in the Laurentian Mountains north of Montréal which clearly illustrates the case of a pathological environment. This article anthropologically describes the social and community life of the town.

Nearly forty per cent of the population had been hospitalized at one time or another for psychiatric reasons! A multi-disciplinary team lived in the village for five years and through a restructuration of community life, succeeded in greatly reducing hospitalization.

User-Participation in a Community Health Service Project (M. Steffen)

Health Centers propose new socio-medical structures characterized by multidisciplinary teams rooted in neighbourhoods. Very few exist in France.

This article tackles one aspect of these centers: user-participation in the elaboration of community health structures and local health policy. The case studied is that of "Villeneuve", a huge government financed residential complex in Grenoble. This project has faced several financial and participation problems.

Generally speaking, the problems of user-participation are seen as being related to:

- the narrow medical or technical definition of health problems.
- the traditional emphasis of socio-political action on organization within the sphere of production rather than in the sphere of social reproduction of labour-power of which health-care is a part.
- the fact that psychological attitudes towards sickness, which involve a significant emotional investment concerning "private" problems, make it difficult to reveal the political nature problem and the collective nature of its solution.

A Community Approach to Nursing Care (J. Sagot, M.-F. Collières, E. Maurel)

The National Union of Health Care Associations was founded in 1974 to fight against tight State control on the one hand and liberal medical practices on the other. The NUHCA seeks to promote a re-organization of health care based on socio-cultural action within the neighbourhood and direct participation by users. The member health centers each have a board of administration where users are in the majority and the financial backers (Left-controlled town councils and various medical funds) do not have a statutory seat. The users generally belong to union or political organizations of the non-communist Left with a self-management orientation.

The Health-Care Centers are working towards creating new social relationships by contesting the oppressive character of the healer-patient relationship, by encouraging the cross-fertilization of professional and political action and by transforming the work and power relationships of the various medical workers. Two examples of Health Center projects are examined: one concerning nursing care, the other, domestic help.

“Health Shops” (M. Paillard)

The “Health Shops” in France are not medical dispensaries but rather centers of information, reflexion and discussion for those concerned about health. They seek to provide critical information and to answer questions on the advantages and disadvantages of different medical techniques.

The ultimate objective of these centers is to contest the medicalization of health care. The “Health Shops” work with unions, health committees in factories and various consumer, parent and women’s groups.

Community Health Centers and the Social Appropriation of Health Care (M. Van Dormael)

The Community Health Centers constitute a fundamental questioning of the social relationships that underlie traditional medical practices. More specifically, it is the legitimacy of the doctor-patient relationship which is contested in which the latter’s difficulties in daily life are interpreted as medical problems. The hierarchical relationships which control patient behaviour and which obscure the social character of medical problems are also called into question.

The author describes the operation and financing of the Community Health Clinics and suggests a framework for evaluating these experiences.

Hoboken (A. Hers, E. Van Schaftingen, A. Veys)

The industrial suburb of Hoboken near Anvers (northern Belgium) is the locality of the largest non-ferrous metal factory in the area. A group of doctors have decided to clearly situate their medical practice within the framework of the class struggle. They seek to develop a medical practice that serves the interests of workers. In this interview they describe their skirmishes with the Medical Association and explain their own organization, its objectives and activities concerning industrial health, pollution problems and clinical treatment of working-class families. The socio-political commitment of this group of doctors fundamentally characterizes their work.

The Anvers Health Committee : Activities and Objectives (XXX)

The Anvers Health Committee, founded in 1972, is an association of voluntary welfare recipients seeking :

- to inform through pamphlet distribution and a monthly newspaper ;
- to educate in collaboration with trade-unions, political parties and women’s groups ;
- to ensure control by patients of hospital and laboratory committees and to instigate small research projects where useful.

This group is presently attempting to set up “control committees” in all Anvers hospitals.

The Health of Migrant Workers and Problems of Acculturation (J.N. Alfatli)

The difficulties of acculturation express themselves in the body of the migrant worker. An understanding of the cultural dimension of health problems of migrant workers is essential if medical care is to be effective. The Medical Center of Grâce-Hollogne, situated in a largely working-class and immigrant neighbourhood in Liège, seeks to integrate migrant workers into a process of collective control of the neighbourhood. The medical center is run by the personnel in conjunction with Patient Committees and attempts to develop a cultural and collective approach to physical and mental problems.

Questions on the orientation of Local Health Centers (R. Franck)

Some thirty projects for alternative health care exist in Belgium. While differing widely in their orientations, these projects are generally set up by health workers outside the State-run medical establishments.

Rather than attempting an all-inclusive evaluation of these project, the author raises a certain number of questions: are we in the presence of new attempts to modernize medical power? Do these projects succeed in their objective to give more power to patients? Is there not an implicit tendency to “medicalize” life through the extension of the concept of health to include that of well-being? What conditions can permit a real participation?

Concerning this last point the author suggests that it may be more interesting to encourage the Local Health Centers to participate in various initiatives put forth by various citizens’ groups and organizations rather than trying to encourage the population to participate in the Local Health Centers. In this way, the limits and specific role of health care could be fitted into daily life instead of trying to fit daily life into health care. Some examples are offered to illustrate the differences between these two perspectives.

Finally, the author raises questions concerning the relationship between health and politics and health work and socio-political action. Health teams must break out of their present isolation both practically, through collaboration with other groups and organization, and ideologically.

Health Education : Suggestions for Solving the Language Problem (D. Piette)

The author looks at the problem of communication between experts and laymen. What language can best be used to transmit information from one to the other? A brief study done on people of three very different educational levels leads the author to the following conclusions : (1) layman knowledge is constituted by piecemeal approaches to and rationalizations of day-to-day experiences ; (2) almost all laymen are incapable of adequately dealing with the scientific knowledge transmitted by doctors.

The problem of health education is, of course, vast and complex but the author suggests the solution lies in the direction of a mutual education process whereby scientific information can be transmitted to the layman and a deeper understanding of the social consciousness of the people and the collective unconscious can be developed by the experts. There must thus be communication of different types of messages from experts to laymen and vice-versa in which teaching-learning roles are continually exchanged. An example concerning vaccination is presented to illustrate this process.

Trade-Union Positions on Health Policy and Local Initiatives (G. Foidart)

The Belgian social security programme has never sought to go beyond its initial objective of covering the costs of medical treatment. The programme has never been an instrument of health policy and it has never sought to establish an organized health service.

The result is, of course, to ensure the prosperity of liberal-type medical practice and a spectacular rise in costs.

The socialist union, FGTB, demands first of all, that medical costs be financed through progressive income taxes and secondly, that a comprehensive programme of public health be defined and oriented towards the protection of collective health and preventive medicine. As well, the programme should include a network of user-controlled community health establishments with a social and community orientation.

Mutual Insurance Companies and Health Care in Belgium (E. Descampe)

The mutual insurance companies are an integral part of the health insurance system. In addition to reimbursing

medical expenses and furnishing a complementary coverage to the government health plan, the mutual insurance companies finance hospitals and polyclinics. In this way, they seek to undercut the prices set by private doctors. Their financial impact in the health sector has forced the government to include these companies in discussions on the scale of remuneration for various medical acts and health policy in general.

The mutual insurance companies are presently encouraging the development of home care in an attempt to reduce the rising costs of care in hospitals and polyclinics.

Education in the Hospital (M. -Th. Engelberts)

The geriatric hospital of Geneva offers a continuing education programme for nursing personnel which responds to the particular needs of this group of health workers. Through group discussions, audio-visual methods and institutional analysis this project brings together representatives of all departments concerned. One of the objectives is to work out a framework for negotiating changes in such a way that the hospital administration becomes committed to a process of change.

Development Models and Health : the Case of Nuclear Energy (A. L'Abate)

The anti-nuclear movements are fighting for a new model of development. The "necessity" to develop nuclear energy sources is the result of a development model based on heavy industry, intensive urbanization, the marginalization of agriculture and the enormous waste of natural resources. While this model has produced economic growth, its effects have nonetheless been alarming and dangerous in several ways. The development of nuclear energy is in continuity with the development model which has established the domination of the advanced capitalist countries over the rest of the globe to the detriment, of course, of the "developing" countries as well as the sanitary and ecological conditions of the people of all countries.

The author illustrates his argument with several examples from the Italian context as well as other countries and advocates the use of renewable and non-polluting energy sources which are compatible with a process of economic and political decentralization. This strategy of development would increase the importance of local communities in the control over living conditions and would favour the development of a "convivial" society.

New Medical Practices in Africa : the Case of Zaire (G. Bibeau, E. Corin)

Over the last five years, several African countries and particularly Zaire, are developing new medical practices. This process seeks to create an authentic African medicine

which would be neither a simple extension of traditional medical practices nor a carbon copy of western medicine. One of the essential aspects of this new medicine is the integration of traditional healers into the public health system.

This orientation coincides with the recommendations of the World Health Organization to encourage traditional medical practices concurrently with the development of a front-line health infrastructure. The article describes various categories of healers and indicates some of the more thorny problems created by this new orientation towards health.

Notes on Medical Practices in the People's Republic of China (Mukuna Ka Mukuna)

The author was invited to the People's Republic of China in a scientific exchange programme. During his stay he was able to learn about :

- Chinese medicine as it is practised by the production brigades and in the People's communes but also as it is taught in the Chinese medical schools.
- the Plant Research Institutes,
- the preparation of different medicines used in treatment in China.

Medical practice in China is based on three main elements : barefoot doctors, production brigade dispensaries and Chinese medicine. The structure, the health workers and medical knowledge are thus integrated into a programme which seeks to serve the people.

An example that can be useful to third-world countries.

Medical Modernization (D.E. Hayes - Bautista, M. Minkler)

The authors seek to conceptualize the assumptions underlying the theoretical models of medical modernization. They note that the implantation of a rational and scientific health care system has often meant simply copying western models.

The application of medical modernization models is examined in relation to marginal and disadvantaged groups in the United States as well as developing countries. The authors attempt to identify the general characteristics of these programmes and to evaluate the outcomes.

The main outcomes of the transplantation of this model are seen as :

- (1) a heavy accent on curative as opposed to preventive medicine which, due to the high costs of training and equipping specialized personnel has meant an astronomic increase in health spending.
- (2) a medical "brain drain" towards richer countries or regions.
- (3) a tendency for the distribution of health care to be oriented towards the higher-income, highly industrialized segments of the society.
- (4) a deepening of political and economic inequalities.

For the purposes of comparison, the authors briefly examine another model which they term "health development". This model indicates that a general improvement in the health of the population depends as much on economic, political, ideological and technological factors as health care itself. Drawing on examples from China and Cuba, the authors note the importance of a more equitable distribution of goods, power and participation in the process of improving health. They conclude by stressing the necessity to carefully weigh the effects of importing modern medical practices.

Resúmenes

A partir de esta primavera (Mayo de 1979), la Revue Internationale d'Action Communautaire, substituye a la International Review of Community Development, creada por el sociólogo Albert Meister, hace alrededor de veinte años.

Desde ahora en adelante esta revista se publicará principalmente en francés. Se caracterizará por una atención especial hacia las nuevas prácticas de acción comunitaria o acción colectiva, relacionadas con : servicio social, salud pública y educación de adultos; implementadas por profesionales o por militantes, ya sea a nivel de institución o de base.

Esta revista se interesa principalmente por las experiencias de participación responsable y de toma de conciencia por parte del pueblo frente a la salud, al bienestar (welfare) y a la educación. Siendo además receptiva de la nueva problemática que se presenta en las sociedades centradas en los servicios. En esta perspectiva la revista acoge también el análisis de políticas gubernamentales sobre aspectos sociales, sanitarios y o de educación que estructuran el desarrollo de las colectividades.

La revista es producida por cuatro centros asociados que funcionan en Quebec, Francia, Bélgica y Suiza. Cuenta además con corresponsales en otros países entre los cuales figuran Italia, España y algunos de América Latina. Conservando su tradicional apertura hacia los problemas actuales de la organización socio-sanitaria y educacional de los países en vías de desarrollo.

Destinada a los profesionales, a los administradores y a los militantes que trabajan en los dominios ya citados, la revista espera ser rigurosa en el análisis y en la descripción, sin tener sin embargo, el carácter de una revista académica, pretendiendo transformarse en un "forum" para los agentes comprometidos a diversos niveles en los sistemas de producción de servicios.

Siguiendo esta perspectiva, los números serán temáticos y estarán consagrados sucesivamente a : La participación comprometida de la comunidad frente a la salud (Mayo 1979). Los procesos de educación popular (Noviembre

1979). La participación comprometida de la comunidad en los problemas de la vida urbana, tales como vivienda, transporte, organización de las áreas verdes (Mayo 1980). Los instrumentos de investigación aplicada (Noviembre 1980) etc.

La revista aparece dos veces al año; en primavera (mes de Mayo) y en otoño (mes de Noviembre). Cada número tiene alrededor de 180 páginas y cuenta con resúmenes en inglés y en español. La coordinación y la publicación se realizan en Montreal.

Solicitamos comentarios, sugerencias y contribuciones. Colaboraciones éstas que pueden ser ocasionales o permanentes; interesándonos particularmente por aquellas provenientes de lectores de habla hispana. La revista considera igualmente la posibilidad de publicar artículos completos en español.

La participación responsable de la comunidad frente a la salud en Quebec (F. Lesemann)

El problema de la participación responsable de la comunidad en el campo de la salud en Quebec, se polariza actualmente en torno a los Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC) productos de la reforma de los servicios de la salud y sociales, en 1971.

El modelo CLSC nace del interés del gobierno por afrontar paralelamente dos problemas : uno de carácter económico y el otro de carácter social.

En lo económico, interesa al gobierno reducir los costos; en ese plano el CLSC juega un rol primordial ya que este organismo ofrece servicios básicos, de cuidados simples, con un enfoque global y preventivo.

En lo social, el CLSC, mediante una política de participación integrativa de la población, ejerce un control político-social de los sectores más pobres.

La reciente evolución de los CLSC está marcada por la tensión que crea el juego simultáneo de estos dos factores que son contradictorios bajo muchos aspectos.

El contexto de crisis económica favorece el predominio del problema económico, lo que se traduce por una voluntad creciente del gobierno de integrar los CLSC en el sistema de los establecimientos socio-sanitarios, de normalizarlos, en detrimento de su función de innovación, de participación, de denuncia, de orientación comunitaria, aspectos que le dan el tinte de originalidad al modelo teórico.

Finalmente los CLSC son un lugar estratégico en la lucha por la transformación de las prácticas de salud en Quebec.

Los Centros Locales de Servicios Comunitarios y la salud (XXX)

Una mesa redonda consagrada a este tema, reunió a ocho personas implicadas en la evolución reciente de los CLSC; particularmente en lo que respecta a la actividad médica y sanitaria. Los CLSC pretenden promover un nuevo concepto de salud, (y no de enfermedad). Si bien sus comienzos han sido difíciles (conflictos a nivel de los grupos profesionales, administradores, beneficiarios y gobierno) parece que actualmente han alcanzado un nivel de actividad más equilibrado.

Los CLSC son realmente renovadores en su práctica médica, en la forma de responsabilizar a la comunidad frente a la salud en general, tanto como en lo referente específicamente a la salud familiar, salud en el trabajo etc. La mesa redonda describe numerosas iniciativas en estos dominios, dando mucha importancia a la participación de la población, a un concepto de tratamiento global de los problemas identificados, a la multidisciplinariedad y a la desprofesionalización.

Si bien los CLSC no son numerosos aun (80 sobre 250 previstos) y si el presupuesto global no alcanza a ser igual al presupuesto del Hospital más grande de Montreal; sesenta y tres millones de dólares canadienses (\$ 63.000.000), no es menos cierto que su influencia es cada día más determinante en el conjunto del sistema de establecimientos sanitarios y sociales, así como en las organizaciones de los profesionales de la salud.

Por todas estas razones estos organismos constituyen un instrumento potencial de maniobra política. A nivel gubernamental no se visualizan medidas que tiendan a asegurar su desarrollo. Es importante que los beneficiarios se movilicen para exigir la prosecución de esta reforma socio-sanitaria de la cual ellos son el símbolo.

Intervención comunitaria con empleados de oficina (S. Kodsí)

El CLSC Centre-Ville es el responsable en Montreal de la salud en el trabajo de los 9 000 empleados de oficina que trabajan en el "Complejo Desjardins". La intervención realizada se sitúa tanto en los planos individual como organizacional y comunitario. Empleados, empleadores y sindicatos se reúnen en el seno de comités de salud que bus-

can soluciones a los problemas de este sector de la salud en el trabajo. Estos comités constituyen medios de presión en el seno de las empresas, pero sin dejar de lado el agitar los sindicatos que aún no están dispuestos a interesarse activamente.

El movimiento sindical y la reforma del sistema de salud (G. Cartier)

La responsable de asuntos de salud y seguridad de la Confederación de sindicatos nacionales resume la evolución de los debates que se han realizado en el seno del movimiento sindical sobre el problema de la participación sindical en los consejos de administración de los hospitales, y explica cómo los sindicatos han llegado a la decisión de no seguir participando en ellos. Ella analiza también las dificultades que encuentra el movimiento sindical en su lucha por la transformación de las prácticas médicas, y subraya cómo es a través de las luchas por la salud y la seguridad en el trabajo, tanto en las fábricas como en los mismos hospitales, que es posible comenzar a demistificar la neutralidad del poder médico.

A pesar de las tendencias al cinismo y al corporatismo que el medio hospitalario favorece entre los trabajadores, y aún teniendo en cuenta que la primera prioridad sindical debe ser la de defender los intereses inmediatos de sus miembros, es posible constatar una voluntad creciente de los trabajadores de la salud de reaccionar críticamente frente al poder del gremio médico.

"Berceauville" – una intervención socio-psiquiátrica (H. Dorvil)

Berceauville es un villorrio aislado en la región de los Lauréntidas, al norte de Montreal, y caso característico de un medio ambiente patogénico. El artículo describe desde un ángulo antropológico la vida social y comunitaria de este poblado. Donde alrededor de 40% de los habitantes estaban habitualmente hospitalizados por razones psiquiátricas, la intervención de un equipo interdisciplinario radicado en el sitio durante cinco años provocó una reestructuración de la vida comunitaria que llevó a una disminución drástica de la hospitalización.

El rol de los usuarios en una experiencia de servicios comunitarios de salud (M. Steffen)

Los Centros de salud son nuevas estructuras médico-sociales en las que ejercen equipos pluridisciplinarios insertos en los barrios en los que desarrollan su acción. Su número es aún muy restringido en Francia.

El artículo se interesa a un aspecto particular de estos Centros: la participación de los usuarios a la constitución de estructuras comunitarias de salud y a la elaboración de una política local de salud. El ejemplo estudiado es el de la

Villeneuve en Grenoble. La experiencia muestra cómo se confrontan una serie de conflictos relacionados a la participación y al financiamiento del centro. En términos generales, las causas de las dificultades a la participación de los usuarios parecen estar relacionadas a la definición técnicamente estrecha, "médica", de la salud; a la forma principal de la lucha social, que se organiza en torno a la producción y sólo débilmente en torno a la reproducción de la fuerza de trabajo, sector al que pertenece la lucha por la salud, y finalmente, a la constelación de actitudes psicológicas ante los problemas de salud, que cargan afectivamente una aprehensión en términos de problemas vistos como individuales, que dificultan la traducción de estos problemas en términos políticos, aptos a ser tratados colectivamente.

Los servicios de enfermería como proceso comunitario (J. Sagot, M.-F. Collières, E. Maurel)

La Unión nacional de Asociaciones de Centros de atención sanitaria fué creada en 1974 con el objetivo de oponerse tanto a un control del Estado como a las prácticas liberales de atención. El objetivo es el de "promover una nueva organización de la atención sanitaria, en relación directa con la animación social y cultural del barrio, y con la participación directa de los usuarios".

Todos los centros adherentes a la U.N.A.C.S. poseen un consejo de administración dentro del cual los usuarios son mayoritarios, y dentro del cual las entidades responsables del financiamiento (la Cajas contra enfermedad, las alcaldías) no tienen ninguna representación de derecho. Los usuarios pertenecen generalmente a organizaciones sindicales o políticas de "izquierda", no comunistas, y de tendencias auto-gestionarias.

Los Centros de atención son una apertura a nuevas relaciones sociales, ya que permiten cuestionar las relaciones de tratante-paciente, de dominador y de dominado, permitiendo en esta forma una interpenetración de los campos de acción profesional y político, modificando en consecuencia las relaciones de trabajo y de poder de las partes. El artículo presenta dos ejemplos concretos de centros de atención, uno de atención de enfermería y uno de ayudantes del hogar.

Las tiendas de salud (M. Paillard)

Las tiendas de salud no son centros de atención, sino centros de reflexión, de acogida y de debates para todos los que se interrogan sobre la salud. Su objetivo es el de asegurar una información crítica, y de responder a las preguntas relacionadas a las técnicas médicas, sus ventajas, y sus limitaciones. El objetivo último de las tiendas de salud es el de cuestionar la medicalización de los problemas de salud, rompiendo con la individualización de los problemas de atención sanitaria. Las tiendas trabajan con grupos como los sindicatos, los comités de higiene y

de seguridad de las industrias, las asociaciones de consumidores, los centros de padres, los grupos de mujeres, y otros.

Los centros de salud de barrios y las prácticas de apropiación de la salud (M. van Dormael)

Los centros de salud de barrios denuncian fundamentalmente la estructura de las relaciones sociales que crea la práctica de la medicina tradicional; el poder legítimo de los profesionales de la salud de proponer a los clientes fórmulas médicas, para el análisis de sus dificultades cotidianas; el control interno de los profesionales de la salud mediante relaciones jerárquicas, ausencia de solidaridad entre los clientes.

El autor hace una descripción de los centros de salud de barrios; de su financiamiento, de su funcionamiento. Propone elementos que permitirían una evaluación de estas experiencias.

Hoboken (A. Hers, E. van Schaftingen, A. Veys)

El grupo de Hoboken, en los suburbios de Anvers, donde se encuentra una de las mas grandes usinas de metales ferrosos de Anvers, está compuesto de médicos que han decidido situar su práctica médica en el marco de la lucha de clases. Ellos tratan de promover una medicina al servicio de los trabajadores.

En esta entrevista, además de describir sus dificultades con la Corporación de médicos, ellos describen su organización, sus objetivos y sus luchas; particularmente en el dominio de la salud en el trabajo, de la contaminación del ambiente y del tratamiento clínico de las familias obreras.

El compromiso social y político de este grupo de médicos caracteriza fundamentalmente su práctica.

La A.G.K., Comité de salud de Anvers : acciones y objetivos (XXX)

La AGK, creada en 1972 es una agrupación voluntaria de asegurados que trabajan sobre una base estrictamente voluntaria, militante y no profesional, en actividades del orden de :

- defensa y protección de los intereses de los asegurados (fichas de reclamos)
- información, mediante la publicación de un periódico mensual, la distribución de folletos, etc.
- política de formación, en colaboración con los sindicatos, los partidos políticos, las organizaciones de mujeres, etc.
- control con los beneficiarios de las cuentas de hospitalización y de laboratorio, e investigaciones. En cada hospital de Anvers hay iniciativas tendientes a crear estos comités de control.

El fenómeno de aculturación y la Salud del migrante (J. y N. Alfati)

El migrante traduce en su cuerpo las dificultades de su aculturación. Es a partir de esta comprensión de la dimensión cultural de las enfermedades del migrante que el equipo médico puede intervenir. La "Maison Médicale de Grâce-Hollogne", barrio popular de Lieja compuesto en un 40% de habitantes inmigrantes tiende a integrar a aquellos en un proceso de participación colectiva responsable en el sector y en la comunidad. Autogestión, consejos de pacientes, trabajo de grupo, acercamiento cultural hacia la enfermedad física y mental, caracterizan el funcionamiento de esta "Maison médicale".

Algunos aspectos sobre la orientación de los centros locales de salud (R. Franck)

En Bélgica existe una treintena de iniciativas de prácticas alternativas en el terreno de la salud. Estos proyectos presentan una variada gama de orientaciones, pero en la gran mayoría se trata de equipos de trabajadores de la salud. Todos estos proyectos son privados.

Sin pretender hacer una evaluación, el autor plantea algunas preguntas sobre estas iniciativas; ¿No estamos en presencia de iniciativas de modernización del poder médico? ¿Lograremos entregar a los pacientes un verdadero poder? ¿No existe una tendencia oculta a la "medicalización", difundiendo una definición ampliada del concepto de salud que incluye el bienestar social? ¿Cuáles son las condiciones de una verdadera participación?

Sobre este último punto; ¿no sería conveniente de invertir la tendencia de los Centros a buscar la participación; tratando de que sea más bien el Centro que ofrece su participación a otras iniciativas, sean éstas de problemadores, de grupos, de organizaciones o de instituciones? Tal orientación permitiría devolver a la salud sus límites y su lugar en la vida social, evitando de englobar la vida social en la salud. Algunos ejemplos ilustran esta hipótesis de trabajo.

El autor se interroga finalmente sobre las relaciones que mantienen la salud y la política; el trabajo médico y la participación militante. Los equipos de salud deben salir de su aislamiento ideológico y práctico, mediante la colaboración con otros grupos y organismos.

Educación sanitaria. Proposición de soluciones al problema del lenguaje (D. Piette)

El autor se interroga sobre el problema de la comunicación entre expertos y profanos. ¿Qué lenguaje emplear en la transmisión de información de unos a otros? A propósito de una breve encuesta sobre el resfrío, realizada a personas de tres niveles de estudios muy diferentes, el autor saca las conclusiones siguientes: el saber profano está constituido por aproximaciones parceladas y racionalizadas de experiencias vividas. En general los profanos

son pobres frente al saber científico transmitido por los médicos.

El problema de la educación para la salud es vasto y complejo. La solución se encuentra en la transmisión recíproca de la información científica hacia los profanos y el conocimiento de la conciencia popular y del inconsciente colectivo por los expertos. Debería pues haber una pluralidad de mensajes que pasarían de los expertos hacia los profanos y vice-versa, alternando sus respectivos roles de manera continua.

Un ejemplo sobre la vacunación ilustra este proceso.

Posiciones sindicales frente a la política de salud y a las iniciativas locales (G. Foidart)

El sistema de Seguro Social de Bélgica no ha logrado sobrepasar su objetivo de asegurar una protección financiera en caso de enfermedad e invalidez. Su objetivo no ha sido nunca de intervenir en una política de salud, ni de crear un servicio organizado de salud.

Se asiste entonces a una prosperidad del liberalismo médico y a una aumentación espectacular de los costos.

Frente a esta situación, el sindicato socialista F.G.T.B. reivindica el financiamiento de los cuidados de salud, una fiscalización progresiva del sistema de cuidados mediante el impuesto sobre los ingresos. Exige también una política de salud pública basada en la prevención, la protección de la salud colectiva y una organización sanitaria construida a la escala local de tipo "Centro de Salud" controlada por los beneficiarios y orientada hacia una medicina social y comunitaria.

Las Mutuales (E. Descampe)

Las mutuales están integradas al sistema de seguro de enfermedad. Además de pagar la atención por enfermedad, y el seguro complementario al seguro social las mutuales financian hospitales y policlínicas.

De este modo tratan de reducir el costo de los cuidados de salud y de hospitalización en cada región, pretendiendo quebrar el monopolio de los médicos. Debido a su considerable importancia financiera en el sector de la salud, las mutuales pueden influenciar las decisiones gubernamentales relativas a la organización de la salud.

Están asociadas a los mecanismos de concertación política y a los de negociación de tarifas.

Las mutuales favorecen actualmente el desarrollo de los cuidados a domicilio para paliar el alza del costo de los cuidados en hospitales y policlínicas.

El hospital como otro lugar de formación (M.-Th. Engelberts)

El hospital de geriatría de Ginebra instaurado un programa de formación permanente del personal de enfer-

mería en el lugar de trabajo. De esta manera la formación ha llegado a ser realmente el reflejo de la petición de los trabajadores. La iniciativa ha reunido representantes del conjunto del personal de los servicios implicados. La motivación, la utilización de films, y el análisis de la institución caracterizan esta actividad colectiva de formación. Uno de los objetivos es de trabajar en la definición de un marco de negociación con la dirección que esté de acuerdo con el conjunto de la demanda hecha por los servicios, a fin de que las respuestas entregadas comprometan realmente a la dirección en un proceso de cambio.

A propósito de nuclear : modelo de desarrollo y salud (A. L'Abate)

Los movimientos anti-nucleares luchan por la instauración de un "nuevo modelo de desarrollo".

En efecto, la necesidad de recurrir a la energía nuclear es la resultante de un modelo de desarrollo basado en la industria pesada, la urbanización intensiva, la reducción al mínimo de la agricultura, el desperdicio salvaje de los recursos naturales que han asegurado el desarrollo de los países industrializados.

Los efectos de ese modelo de desarrollo son extremadamente nefastos e inquietantes desde varios puntos de vista. La expansión nuclear es correlativa a la voluntad de los países centrales (industrializados) de continuar su desarrollo según el modelo inicial que les ha asegurado la dominación, en detrimento de las condiciones de vida, sanitaria y ecológica de los países periféricos o "en vías de desarrollo" y de la población de todo el mundo.

El autor ilustra su tesis con numerosos ejemplos italianos, y de otros países. Predica la promoción de la utilización de fuentes de energía renovables y no contaminantes, correlativamente con los procesos de descentralización económica y política que fortificarían la lucha de los pobladores y de las comunidades locales, permitiéndoles tomar colectivamente el control de sus propias condiciones de vida; favoreciendo de esta manera el advenimiento de una sociedad más "viable".

Nuevos médicos para el Africa : el caso de Zaire (G. Bibeau, E. Corin)

Desde hace cinco años, diversos países africanos, en particular Zaire, están dedicados a crear una nueva medicina. Este proceso se orienta a la creación de una medicina auténticamente africana, que no será ni una simple prolongación de la medicina africana tradicional, ni una simple copia de una medicina occidental importada. Uno de los aspectos esenciales de esta nueva medicina consiste en integrar a los curanderos en el sistema público de salud. Esta orientación va en el sentido de las recomendaciones recientes de la Organización mundial de la Salud, que es de trabajar a la promoción de la medicina tradicional, pero integrándola en una infraestructura de salud pública centrada

en la atención primaria, dispensada por los animadores sanitarios. El artículo describe diversas categorías de curanderos y señala algunos de los delicados problemas engendrados por esta nueva orientación de los servicios de salud.

Notas sobre la práctica médica en China popular (Mukuna ka Mukuna)

En el contexto de un intercambio científico, Mukuna ka Mukuna visitó la China popular y en su visita se informó sobre la medicina china de base tal como es practicada en las brigadas de producción y en las comunas populares, y tal como es enseñada en las escuelas de medicina china. Sus observaciones incluyen además informes sobre el Instituto de Investigación sobre las plantas y sobre las implicaciones de la preparación de medicamentos. La práctica médica en China popular reposa sobre tres elementos : el médico de pies descalzos, el dispensario de las brigadas de producción y la medicina china. Estructura, agente y saber son así los elementos de una práctica médica al servicio del pueblo, y de la que podrían aprender los países del Tercer Mundo.

La modernización médica : una problemática macroscópica de los programas de atención médica (D.E. Hayes-Bautista, M. Minkler)

Los autores subrayan los presupuestos implícitos de los modelos teóricos de la modernización médica, dado que el establecimiento de un sistema de atención médica implica con frecuencia la importación pura y simple de modelos occidentales.

La aplicación de modelos de modernización médica es examinada a la luz de la experiencia adquirida con grupos marginales y desfavorecidos tanto en los Estados Unidos como en países subdesarrollados. Los autores intentan identificar las características generales de estas experiencias, para luego evaluar los resultados.

La implantación de sistemas modernos de cuidados médicos parece producir cuatro resultados principales :

- 1) una tendencia a privilegiar la medicina curativa a expensas de la preventiva, lo que crea gastos astronómicos de formación técnica de un personal calificado ;*
- 2) la "fuga de cerebros" hacia los países o las regiones más privilegiadas ;*
- 3) una tendencia a la canalización de los cuidados hacia los sectores más privilegiados y más industrializados de la población, y*
- 4) la aumentación de las desigualdades económicas y políticas.*

Los autores establecen una comparación con otro modelo de desarrollo sanitario. Según éste último, la realización de un objetivo de un mejoramiento generalizado de la salud depende tanto de factores económicos, políticos-ideológicos y técnicos como de los cuidados médicos propiamente tales. Refiriéndose principalmente a las experiencias chinas y cubanas, los autores subrayan la importancia de una distribución más equitativa de bienes y de poder en el mejoramiento de la salud de la población, y concluyen recomendando una evaluación más estricta de los efectos reales de la importación de prácticas médicas modernas.