

Fazits aus den Workshops der Tagung «Gesundheitsforschung. Perspektiven der Sozialwissenschaften», 14. Juni 2013

Résumés des workshops du colloque «Recherche en santé. Perspectives des sciences sociales», 14 juin 2013

Workshop I «Indicateurs de la santé et de la qualité de vie: état et perspectives»

Peter Farago: modération

Présentations: Monika Diebold, Paolo Ghisletta, Céline Schmid-Botkine

Le workshop I, dont l'objectif était de parler des indicateurs de la santé et de la qualité de vie, a été animé par les trois présentations de Monika Diebold, Directrice de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), de Paolo Ghisletta, Professeur à l'Université de Genève, et de Céline Schmid Botkine, Responsable du *Rapport social* auprès de FORS.

Monika Diebold a présenté ce que fait l'Obsan en matière d'indicateurs de la santé. Sans présenter des indicateurs à proprement parler, elle a surtout insisté sur le fait que les indicateurs actuels de santé n'ont plus la même valeur qu'auparavant et qu'ils sont parfois insuffisants pour montrer les progrès réalisés en terme de santé. En effet, si au début du siècle, l'objectif des indicateurs était de mesurer les progrès effectués – dans les grandes lignes, il s'agissait de mesurer la diminution de la mortalité – aujourd'hui, les variations de ces indicateurs sont très faibles. Ils contribuent peu à l'explication des changements qui se produisent en matière de santé. Il est par conséquent nécessaire de trouver de nouveaux indicateurs permettant de pallier ce manque, comme par exemple, les indicateurs liés à la qualité de vie et au bien-être des personnes. Sur ce thème, l'enquête sur les revenus et les conditions de vie des ménages en Suisse (SILC) a introduit, en 2013, un module supplémentaire sur le bien-être. On y trouve notamment des questions sur la confiance dans les institutions, la satisfaction par rapport à l'état de santé, la santé auto-évaluée, le sentiment de sécurité, l'aide reçue, etc. Ces questions permettront de créer de nouveaux indicateurs «subjectifs» de la santé et de mesurer le ressenti des personnes par rapport à leur état de santé. Une question reste cependant: jusqu'où la Suisse – ou tout autre pays – doit-elle aller dans la voie du bien-être de sa population?

Paolo Ghisletta a présenté la méthodologie utilisée en psychologie pour étudier la manière dont l'individu gère ses ressources tout au long de sa vie. En effet, habituellement, les indicateurs mesurant la santé et la qualité de vie sont utilisés une seule fois durant une étude et pour la population dans son entier. Ils se focalisent souvent sur des aspects nationaux (espérance de vie, taux de mortalité ou d'obésité, etc.) dans un objectif de comparabilité avec d'autres pays. Or, ces indicateurs peuvent avoir des significations individuelles extrêmement différentes. La psychologie utilise, depuis plusieurs décennies, des méthodes, concepts et perspectives capables de remettre l'individu au centre des observations et discussions. De plus, il ne s'agit plus de mesurer la santé d'une personne uniquement à un temps donné, mais à plusieurs moments consécutifs afin de saisir comment sa santé et sa qualité de vie évoluent. La question suivante se pose: la formulation et le test d'un modèle de recherche permettant de suivre la stabilisation de la santé d'un individu selon son âge permettront-ils d'augmenter l'efficacité des interventions d'aujourd'hui?

Céline Schmid Botkine a présenté quelques indicateurs de la santé issus du *Rapport social 2012*. En effet, le *Rapport social* rend compte de la situation actuelle de la société et des changements qui s'opèrent en Suisse grâce à un set de 75 indicateurs et 5 textes d'approfondissement thématique. Les résultats de deux indicateurs objectifs de la santé ont été présentés: la pratique sportive et la consommation de produits sains et de matières grasses. Ces indicateurs, déclinés en fonction de la formation achevée et de l'âge des personnes, montrent que les différents groupes de population n'ont pas le même

comportement sportif et de consommation. Deux autres indicateurs de la santé subjective ont été présentés: la satisfaction subjective de la qualité de vie et la perception du système de santé. Ici aussi, en déclinant la satisfaction selon l'âge de la personne, le niveau de satisfaction n'est pas le même pour les jeunes, les personnes actives ou les personnes âgées. La question suivante se pose: un indicateur montre la tendance centrale d'un phénomène, mais comment peut-on également tenir compte des extrêmes ou des spécificités de certains groupes de personnes?

La discussion a été ouverte au public après chacune des présentations et les questions suivantes ont notamment été abordées:

- Les limites de certains indicateurs
- La création d'indicateurs pour des sous-groupes de population
- La faisabilité d'enquêtes individuelles et le suivi de ces enquêtes dans le temps avec les coûts que cela peut engendrer

Il a été difficile d'apporter des réponses concrètes à ces questions. On sait, par exemple, que certains indicateurs sont limités et pour repousser ces limites, on développe de nouveaux indicateurs permettant de les compléter. Mais à trop vouloir créer et calculer d'indicateurs, on se retrouve aussi noyé sous la quantité d'information. Il est par conséquent important de procéder à une certaine sélection en fonction des objectifs que l'on s'est fixés.

On sait qu'en Suisse, la santé et la qualité de vie sont bonnes en comparaison avec d'autres pays. Mais le vieillissement démographique – qui fait et va faire encore augmenter le nombre de personnes de 65 ans et plus – oblige les spécialistes de la santé à réfléchir différemment. Les indicateurs existent pour aider ces spécialistes à mesurer l'état de santé de la population et à développer ou réfléchir à des mesures permettant de l'améliorer encore, ou de prévenir d'éventuels risques liés à la santé individuelle.

Résumé du workshop II «Vulnérabilité et résilience au cours de la vie»

Modération: Claudine Burton-Jeangros

Présentations: Claudio Bolzmann et Jean-Luc Heeb

Cet atelier s'est penché sur les concepts de vulnérabilité – qui met l'accent sur l'exposition à différents risques pouvant générer des maladies – et de résilience – qui renvoie à la capacité à faire face aux menaces. Il est considéré que ces concepts peuvent contribuer à mieux comprendre comment les trajectoires de santé se construisent au cours de la vie.

Dans la première présentation, Claudio Bolzmann a souligné que la vulnérabilité peut à la fois être une cause de déplacement vers un autre pays, mais aussi une conséquence d'un parcours migratoire, en lien avec les incertitudes et le cumul des désavantages rencontrés par les personnes migrantes. La résilience quant à elle doit être envisagée non seulement comme une donnée individuelle, mais également en tant que possibilités liées à l'environnement social. Des premiers résultats de l'enquête VLV (vivre/leben/vivere), comprenant un sur-échantillon de migrants âgés, indiquent que ceux-ci sont en moins bonne santé que les personnes âgées suisses. Ces résultats, qui seront affinés dans la suite des analyses, montrent l'importance de prendre en compte les trajectoires des individus, mais aussi plaident pour l'usage de méthodes qualitatives pour comprendre le sens donné par les personnes elles-mêmes à leurs parcours.

Dans son intervention, Jean-Luc Heeb s'est penché sur les apports, mais aussi les limites des concepts de vulnérabilité et résilience dans la recherche sur la santé. Ces termes sont aujourd'hui largement utilisés en sciences sociales, mais ils sont également associés à différentes disciplines et restent souvent polysémiques. Ils rendent compte de l'intérêt théorique pour la construction des trajectoires individuelles et des possibilités relativement nouvelles d'analyses longitudinales. Il est toutefois important de rester vigilant sur leur usage potentiellement régulateur, à travers la mise en avant de la responsabilité des individus à rester en bonne santé et à faire face aux épreuves de la vie de manière adéquate. Quelques résultats empiriques, basés sur les données du Panel suisse de ménages et les statistiques de l'aide sociale, ont montré combien il reste difficile d'identifier des facteurs explicatifs relatifs aux parcours de vulnérabilité.

A partir de ces présentations et du débat qui s'en est suivi, trois éléments peuvent être retenus de cet atelier. Premièrement, le travail de définition des concepts est central et l'usage des catégories qui deviennent dominantes à un moment ou à un autre doit être interrogé; les influences réciproques entre la médicalisation de la société et l'accent porté sur la vulnérabilité peuvent d'ailleurs être soulignées. Un deuxième apport des sciences sociales porte sur l'articulation nécessaire entre caractéristiques et ressources individuelles d'une part et conditions liées à l'environnement social d'autre part; ces dernières sont à la fois porteuses d'opportunités mais aussi de contraintes qui affectent directement les chances de santé des individus. Enfin, il est important de prendre en compte la temporalité: elle permet d'inscrire les trajectoires des individus dans un contexte social donné et ainsi de comparer l'état de santé de cohortes successives ayant rencontré des conditions de vie différentes; elle aide également à mieux comprendre comment les parcours de santé des individus se construisent au fil du temps, à l'intersection de leur vie familiale, de leur activité professionnelle et de leur intégration sociale.

Workshop III «Arbeit und Gesundheit»

Moderation und Referate: Rebecca Brauchli und Michaela Knecht

In diesem Workshop stand das Verhältnis zwischen Arbeit und Gesundheit zur Diskussion. Rebecca Brauchli und Michaela Knecht legten dar, dass die Arbeit einen hohen Einfluss auf die Gesundheit hat. Sie zeigten, wie Arbeitgeber durch betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) wesentlich auf die Gesundheit der Mitarbeitenden Einfluss nehmen können.

Arbeit hat zwei Gesichter: Einerseits kann sie sinnstiftend und strukturgebend sein und als Ort des sozialen Austausches dienen. Die Psychologie liefert Instrumente (zum Beispiel im Feld der Occupational Health Psychology), um die Qualität des Arbeitslebens zu verbessern und um Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu schützen und zu entwickeln. Der Arbeitsplatz wird zunehmend als geeigneter Kontext gesehen, um Gesundheitsförderung zu betreiben.

Arbeit kann aber auch Ursache sein von Beschwerden und Krankheiten wie Stress, Burnout, muskuloskelettale Beschwerden oder Alkoholmissbrauch. Ebenso wird nach dem Verlust der Arbeit oftmals eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit festgestellt. Rebecca Brauchli und Michaela Knecht gingen detaillierter auf das hoch aktuelle Thema des Burnouts ein und zeigten dessen Ursachen und Folgen auf. Drei Erklärungsmodelle werden in der Psychologie verwendet: Das «Job-Demand-Control-Model», «Effort-Reward Imbalance Model» und «Job Demands-Resources Model». Die «Life Domain Balance» oder «Work-Life Balance» liefern mögliche Ansätze für Lösungen, indem für einen Ausgleich zwischen Privat- und Arbeitsleben und mehr Flexibilität im Arbeitsverlauf (z.B. Auszeiten, Weiterbildungen) plädiert wird.

Die Diskussion zeigte, dass Generationenmanagement und Ageing Workforce soziale Brennpunktt Themen sind. Immer mehr Betriebe werden sich dieser Thematik bewusst und suchen Lösungsansätze: Einerseits dafür, wie jüngere und ältere Erwerbstätige optimal zusammenarbeiten und voneinander profitieren können und andererseits wie es gelingt, älter werdende Mitarbeitende möglichst lange und gesund im Arbeitsmarkt zu halten.

Zudem wurde auf die Problematik der Arbeitslosen, Langzeitarbeitslosen, Verunfallten, Beurlaubten (z.B. Mutterschaft) eingegangen: Hier ist es wichtig, dass Unternehmen wie Politik gemeinsame Strategien entwickeln, um Personen, die aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden sind, zu reintegrieren. Das soll und muss über innerbetriebliches Case und Absenzen Management hinausgehen und sich in Richtung betriebliches Gesundheitsmanagement entwickeln.

Wichtig ist jedoch anzusetzen bevor jemand aus dem Arbeitsmarkt ausscheidet (Primärprävention), indem man Arbeitsplätze so gestaltet (durch Belastungsreduktion und Ressourcenaufbau), dass es möglichst selten zu Krankheiten und Unfällen kommt, sondern diese vielmehr Motivation, Engagement und Leistungsfähigkeit fördern. Zusätzlich sollen Unternehmen ihren Mitarbeitenden genügend Flexibilität gewähren, so dass sie die vielfältigen Bedürfnisse in unterschiedlichen Lebensbereichen erfüllen können (Elternschaft - Berufstätigkeit - Freiwilligenarbeit etc.). Verschiedene Modelle aus der internationalen Forschungsliteratur bieten Ansätze für Lösungen.

Workshop IV «Möglichkeiten und Grenzen der ICF in der Gesundheitsforschung»

Moderation: Julie Page

Referate: Judith Hollenweger und Hans Peter Rentsch

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurde 2001 in englischer und 2005 in deutscher Sprache veröffentlicht. Die ICF ist darauf ausgerichtet, mehrdimensionale Informationen zu «Funktionsfähigkeit und Behinderung» im Kontext der jeweiligen Lebenssituation einer Person zu erfassen.

Im ersten Teil des Workshops haben Judith Hollenweger und Hans Peter Rentsch die theoretischen Grundlagen der ICF kurz ausgeführt insbesondere die Vorteile des bio-psycho-sozialen Modells gegenüber dem kurativen Modell. Dabei wurde auch auf die Funktionen der ICF als Klassifikations- und Kodierungssystem und als gemeinsame Sprache zum Beispiel für interdisziplinäre Teams hingewiesen.

In einem zweiten Teil (Judith Hollenweger) wurden die zentralen Fragen bei der Verwendung der ICF in der sozialwissenschaftlichen Forschung kurz dargelegt und ihre Anwendung in der Gesundheitsforschung zur Diskussion gestellt. Dabei wurde insbesondere gezeigt, welchen Beitrag die ICF leisten kann als System, das es erlaubt, verschiedene Informationstypen und -quellen zueinander in Bezug zu setzen und zu organisieren.

In einem dritten Teil hat Hans Peter Rentsch anhand von konkreten Beispielen aufgezeigt, welche Auswirkungen die Nutzung des ICF Modells auf die Behandlungsstrategie und Behandlungsqualität der Rehabilitationsmedizin hat und wie eine zielorientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die gemeinsame ICF-Sprache gefördert wird. Anhand eines konkreten Beispiels wurde eindrücklich der Unterschied zwischen einem kurativen und einer auf der ICF-basierenden Sichtweise in der Rehabilitationsmedizin illustriert.

Unter den Workshop-Teilnehmenden war der Kenntnisstand der ICF unterschiedlich. Das Klassifikations- und Kodierungssystem ist sehr komplex und für diejenigen Workshop-Teilnehmenden, die die ICF gar nicht kannten nicht sofort zugänglich. Judith Hollenweger betonte, dass die ICF nicht in ihrer ganzen Komplexität verstanden oder angewendet werden muss. Vielmehr plädiert sie für die Anwendung des Interaktionsmodells der ICF, das den Fokus auf die Partizipation von Menschen richtet anstatt auf die Krankheit. Die ICF kann auch nur teilweise angewandt werden, z.B. kann man sich ausschliesslich auf die Erfassung von Gesundheitsressourcen oder auf einzelne Lebensbereiche konzentrieren.

Im Verlauf des Workshops wurden verschiedene Anwendungsmöglichkeiten der ICF diskutiert: Als Ordnungssystem, um verschiedene Informationen/Daten zusammenzutragen; als Denkmodell für eine Organisationsentwicklung oder als Rahmen, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Team zu analysieren und zu gestalten. Die ICF wird laufend weiterentwickelt (z.B. für Kinder). Forschung gibt es unter anderem im Bereich der Operationalisierung z.B. von Umweltfaktoren zu betreiben.

Die ICF zeigt sich anschlussfähig an verschiedene, am Vormittag der Tagung in den Keynotes erwähnten Ansätzen wie der «Capability Approach» (Amartya Sen 1979) und der «Structure Agency –Debatte». Gleichwohl wurde kritisch diskutiert, inwiefern sich die ICF als Modell durchsetzen wird – sowohl in der praktischen Arbeit z.B. in Kliniken wie auch in der Forschung. Dies basierend auf einer Erfahrung eines Workshop-Teilnehmers, der in der Psychiatrie die ICF in Frage gestellt hat. Hans Peter Rentsch zeigte hingegen für die klinische Rehabilitationsforschung auf, dass die ICF immer öfters in Publikationen erwähnt und verwendet wird. Es ist davon auszugehen, dass sich die ICF ebenfalls für weitere Anwendungen auch ausserhalb der Rehabilitationsmedizin gewinnbringend einsetzen lässt.