

Succès et écueils de la collaboration entre sociologie et médecine

Erfolge und Stolpersteine in der Zusammen- arbeit zwischen Soziologie und Medizin

Schweizerische Gesellschaft für
Société suisse de **so**ziologie
Swiss Sociological Association

Seismo
Verlag

Inhalt

Editorial	1
Introduction (Claudine Burton-Jeangros and Julie Page)	2
Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sozialwissenschaften: Erfolge und Stolpersteine (Markus Zürcher und Hermann Amstad)	7
MICS. Une expérience lausannoise d'intégration des sciences humaines et sociales en médecine (Francesco Panese)	10
Die soziologische Disziplin und die medizinische Profession (Ursula Streckeisen)	14
Zum interdisziplinären Verhältnis von Medizin und Soziologie (Josef Estermann)	18
La collaboration scientifique entre sociologie et médecine : après les méthodes, les concepts ? (Stéphane Cullati)	21
Sociologists and Midwives: Partners or Competitors in Research? (Valerie Fleming und Claudia König)	24
Sociologie et médecine : ensemble sur les terrains de la complexité (Marius Besson)	27
La sociologie peut-elle contribuer à améliorer la qualité des soins ? (Pierre Chopard)	30
Erfolge und Misserfolge in der Zusammenarbeit zwischen Soziologie und Medizin (Carlos Quinto)	33
Patientin oder Kundin? – eine existentielle Frage (Erika Ziltener)	37
Angewandte Soziologie im Gesundheitsbereich: Erfahrungen aus der Praxis (Maja Mylaeus-Renggli)	40

Ce dossier thématique illustre une facette du travail mené par le comité de sociologie de la santé, venant ainsi faire mieux connaître les activités réalisées par les comités de recherche thématiques de la Société suisse de sociologie. Le comité de sociologie de la santé, fondé à la fin des années 1970, rassemble des sociologues issus des différentes régions de la Suisse et ayant des ancrages institutionnels divers. Il organise régulièrement des événements scientifiques, au niveau national ou international, comme par exemple la récente conférence « Les professions de la santé en transition », préparée conjointement par les comités suisse, allemand et autrichien de sociologie de la santé et hébergée en juin 2012 par le Département de la santé de la Haute Ecole des sciences appliquées de Zürich.

Autour de notre engagement dans ce comité depuis de nombreuses années – Claudine Burton-Jeangros en a été la présidente entre 1995 et 2006 et Julie Page occupe cette fonction depuis lors –, nous avons saisi l'opportunité de réfléchir aux relations, parfois ambiguës, que nous entretenons avec les autres disciplines se consacrant à l'étude de la santé et de la maladie. La sociologie médicale ou de la santé se trouve en effet constamment confrontée à la question de ses liens avec la médecine et les autres métiers de la santé, que ce soit au sein de collaborations multidisciplinaires ou d'études examinant le travail de ces professions. Nous pensons que les activités du comité ont permis au fil du temps d'entretenir une communauté de sociologues de la santé à l'échelle suisse, au-delà des frontières

linguistiques. Elles ont ainsi contribué à renforcer leur identité professionnelle, parfois mise à mal au sein des institutions de la santé ou des départements de sociologie. Ces efforts se sont élaborés et poursuivis autour de l'usage de l'anglais comme langue commune de travail. Ceci explique pourquoi dans notre écriture à quatre mains, l'introduction du dossier thématique a été rédigée en anglais.

La constitution de ce dossier, pour lequel nous avons sollicité des sociologues et des membres des professions de la santé, a permis de (re-)mettre en discussion des aspects de notre activité scientifique qui ne sont pas forcément formalisés ou visibles. Nous avons apprécié cette possibilité d'analyser comment les relations entre les disciplines se transforment progressivement au cours du temps, observant une meilleure reconnaissance réciproque mais constatant en même temps la permanence de certaines tensions. Nous tenons ici à remercier chaleureusement les auteurs des contributions, qui ont accepté de dévoiler ces aspects moins souvent discutés de leurs pratiques scientifiques.

Au-delà de l'exercice mené dans le domaine spécifique de la sociologie de la santé, nous espérons que le fait de documenter les relations entre disciplines apporte des réflexions qui dépassent ce champ de recherche et éclairent comment la sociologie peut contribuer à la compréhension des différents domaines de la vie sociale.

Claudine Burton-Jeangros et Julie Page

Introduction

Claudine Burton-Jeangros (associate professor, Department of sociology, University of Geneva) and Julie Page (Head of Research and Development in Occupational Therapy, School of Health Professions, Zurich University of Applied Sciences, Winterthur)

“Medicine is a social science” wrote Rudolf Virchow in 1848. As this quote illustrates, the discussion about the social and biological determinants of health, disease and death is not recent. From the early days of public health to the golden age of modern medicine in the middle of the 20th century, relationships between medicine and sociology have been unstable, ranging from a priori converging views to rather conflictual relations.

Today, health issues clearly go beyond medical institutions. Health professionals, policy makers and citizens are constantly exposed to economic pressures related to health care; new possibilities offered by the technology raise bioethical concerns; conflicting values are discussed at the interplay of medical offer and lay demands; the – aging – population expresses rising expectations in terms of good health, fuelled by a sensitivity to an increasing range of health risks; the re-definition of health professions’ competencies through concurrent sources of information raises new challenges for practitioners and patients. All these issues contribute to exacerbate the medical and social attention dedicated to health. Along the large societal debate surrounding the management of health and disease, academic spheres more and more consider it necessary to tackle these problems in a global and interdisciplinary perspective. The integration of Medical Humanities in medical training and the development of interdisciplinary research associating social and medical sciences further confirm these new openings.

However, there exist few opportunities to discuss, in a critical but constructive manner, the efforts undertaken towards collaborative work between sociology and medicine and the difficulties encountered by those who attempt to implement

it. In the early days of the sub-discipline, Straus (1957) defined a division between “sociology of medicine” and “sociology *in* medicine”. The former is interested in the organization, relationships, values, rituals and functions of medicine, as examined from outside the medical institution. In contrast, “sociology in medicine” refers to collaborations between the disciplines (in research and teaching) that aim at integrating concepts and methods. This distinction, central in the work conducted by medical and health sociologists has been discussed in Switzerland in the past (Meyer-Fäh, 1988; SAGW/ASSH, 2009; SAMW/ASSM, 2009). However we consider important to bring up again this discussion due to recent evolutions, namely the Swiss Academies for Sciences’ efforts in strengthening the multidisciplinary cooperation in health research; the development of the universities of applied sciences offering academic education and developing research in the area of health professions as well as the now noticeable interest of medical doctors for the contribution provided by sociological analysis.

This thematic issue of the Bulletin of the Swiss Society for Sociology aims at describing the successes and pitfalls associated with the collaborations developing between sociology and health professions. It brings together contributions from scholars, practitioners and policy makers having some concrete experience with this collaboration, in relationship with various activities including research, teaching and health care delivery. They were invited to consider the following questions: What synergies or possibly tensions, exist between the disciplines? What are the gaps between expectations and concrete endeavours? How could the collaborations be improved? As a result of this call, we received a variety of contributions from sociolo-

gists and health professionals working in different institutions across the regions of Switzerland. Their thoughts are organized along the following sections: the first two contributions describe concrete collaborations between sociology and medicine in the organisation of joint scientific events and in Medical Humanities teaching; in the next contributions, two sociologists offer a “sociology of medicine” approach, based on their experience in multidisciplinary work; then sociologists working within health institutions report on their collaborative work, more from a “sociology in medicine” perspective; they are followed by the contributions of physicians discussing the input of sociology in their medical activity; finally two people working outside of the academic sphere present their vision of how sociology can or should be integrated in decisions around health issues.

In the first contribution *Markus Zürcher (SAGW/ASSH, Bern)* and *Herman Amstad (SAMW/ASSM, Basel)* look back at the development of their cooperation starting in 2004. Since then many events, publications and initiatives for the medical education have occurred. They observe that their most successful events in the sense of approximation of the disciplines were when a more applied perspective was taken addressing the needs of practitioners, namely physicians. In contrast, the events where social sciences or humanities reflected on medical practice in a more academic, distanced way resulted in disappointed physicians. As the authors point out this parallels the discussion led on the distinction between “sociology in medicine” and “sociology of medicine”. *Francesco Panese (University of Lausanne)* describes the development of Medical Humanities in biology, engineering and medical education in Lausanne since 2004. The programme is based on a model applying human and social sciences to offer a pragmatic and reflexive approach responding to the needs of the medical profession. The adopted perspective gives room for a mutual critic between the disciplines, while aiming at avoiding concurrence between them.

Such a posture is facilitated by the joint elaboration of the teaching contents, organized around three levels: individuals, communities and society. It is noted that students on the whole assess positively the input of social sciences in medical education.

In the following two contributions, sociologists reflect on how they have experienced the collaboration with medicine in multidisciplinary work, arguing from a position outside of medicine. *Ursula Streckeisen (University of Teacher Education, Bern)* reflects on the differences between medicine and sociology: while medicine is a profession firmly based in practice and research, sociology is a discipline analysing societal phenomena by definition with some distance. Sociology and medicine also have different cultures, which makes reviewing proposals in multidisciplinary teams challenging. Based on theoretical reflections and illustrated by her own experiences, she concludes that clear criteria for reviewing multidisciplinary research proposals are needed. *Josef Estermann (University of Zürich)*, also emphasizing the differences between the two disciplines, illustrates the challenges in cooperation between sociology and medicine with his personal experiences working as an epidemiologist on the topic of HIV/AIDS in public health offices. He ends with practical conclusions on what social scientists as well as physicians need to accept and know so that they can work constructively together.

The next section covers the perspective of sociologists working within health institutions. *Stéphane Cullati (Hôpitaux Universitaires de Genève)* reflects from his observations as a sociologist collaborating on medical research projects. He suggests that if in the past medical projects hired sociologists to use their methodological skills in conducting research, nowadays clinicians have the opportunity to be trained in methodological issues. He therefore suggests that in the future collaborations might be more content oriented, discussing for example the insights that sociological concepts and theories can offer to improve the functioning of teams in health institutions. *Valerie Fleming*

and Claudia König (Zurich University of Applied Sciences) have chosen to write their article in form of a dialogue between the two authors, one of whom is a midwife and the other a sociologist. They address aspects of a question that has been discussed many times between sociologists and representatives of health professions: Are we partners or competitors in research? The authors do not see any threat in either the practice or research fields – a view possibly not shared by everyone.

The next three contributions emanate from medical doctors, having concrete experience with the social sciences. Marius Besson (*Hôpitaux Universitaires de Genève*) obtained a degree in sociology while he was in medical training. Working now as a physician in primary care, he describes the different tools that sociology is offering him in his work, reflecting on the role of generalists on the one hand, and on the fact that tensions between patients and doctors can be reduced by taking into account lay views of health and illness on the other hand. He concludes by saying that the recent evolutions he observes in the field of primary care will make the contribution of sociology even more relevant in the future. Pierre Chopard (*Hôpitaux Universitaires de Genève*) talks about how his own observations, from the field, of differences and tensions between professionals groups have been later confirmed in his encounter with the research developed by sociology of organisations. He observes that the recommendations stemming from research on quality of care often relate to aspects studied by the social sciences, such as values, interactions, systemic influences. He therefore calls for a greater involvement of the social sciences in quality of care strategies. Carlos Quinto (*Praxis Pfeffingen and University of Basel*) points first to the successful cooperation of medicine and social sciences within the Swiss programme “Master of Public Health” which has representatives of both disciplines participating. He regrets though that medicine and sociology have not been able so far to influence politics more. These he sees as being too narrowly

focused on management aspects while neglecting other aspects – specifically the important influence of social inequalities on health.

Finally we have two voices from people with an academic background working outside of academia. Erika Ziltener (*Dachverband Schweizer Patient*innenstellen*) describes the recent economisation of health care and how aspects of cost-efficiency or even revenues are becoming central instead of the unwell person. She illustrates how social sciences and humanities have taken the necessary critical view on this development, thereby creating an important counterweight to the economic influence on the health system. Maja Mylaeus-Renggli (*Spitex Schweiz*) talks about her involvement in an applied research project including both health professionals and researchers. She points out that in Switzerland the professionalization of health professions is still young, resulting in a situation where non-academics may be working with researchers. She concludes with six aspects that need to be taken account of so that research results can be transferred to practice successfully.

The contributions collected for this thematic bulletin suggest that sociological theories and methods are nowadays better integrated in medical research and training (see Panese). The contributions describe a series of positive evolutions: demands addressed to sociologists extend beyond borrowing their methodological skills in developing standardised questionnaires; the legitimacy of research questions, analyses and conclusions of medical sociology research is nowadays higher; the difficulties encountered by professionals in their daily work, especially in regards to the multiple values and expectations observed among the public, emphasizes the relevance of sociological thinking (see Besson). We are particularly pleased that some contributors (e.g. Chopard and Cullati) highlight the importance of sociological research addressing relationships between professionals or systemic factors in health care delivery. We consider it particularly important that sociological results

also contribute to transformations of professional practices that can improve health care delivery and relationships with the public.

Health professions are foremost interested in research providing applied results that can improve health care activities. Therefore, social sciences working within medicine may often be more successful in transferring academic knowledge to the medical practice than sociology of medicine (see also Zürcher & Amstad). However, in this “sociology in medicine” perspective, multidisciplinary work can be impeded by differences in scientific cultures, working styles, aims of research and expectations related to publications as several contributors point out (see Estermann and Mylæus-Renggli). It is therefore particularly crucial to improve the reviewing of multidisciplinary and research proposals (see Streckeisen). To be able to conduct and assess this form of research, scholars from each side should acknowledge the disciplines’ specific practices and languages. However, this time-consuming process might be compromised by pressures associated with funding bodies, institutional research goals and individual academic ambitions.

Another interesting aspect of the current debate is related to the development of universities of applied sciences in Switzerland since 2002, where academic education for health professions, other than physicians, is now situated. As part of this professionalization through education, research in areas such as nursing, midwifery, occupational or physiotherapy has importantly developed. While sociologists have always widely been involved in these areas, currently, as is discussed by Fleming and König, no suggestions exist on as how a unique field of research could and should be developed. Whereas drawing on theories and experiences of other disciplines such as sociology is the most logical way to tackle this challenge, such borrowings can and do result in conflicts between the recent and more established disciplines – and this, even though research in the health professions is often closer to social sciences than medical research with

regards to methods and language. Both sociologists within medicine and health professionals need to clarify their position and should remain open to the issues raised by the different disciplines. Issues of domination and respective legitimacy are central in this debate. Thanks to their methodological and theoretical knowledge, sociologists are likely to keep playing an important role in the development of new research areas, but in an environment where professionals from other disciplines are progressively developing their research skills.

Sociology of medicine, developing outside the health institutions, continues to challenge the medical profession’s domination and more broadly the medicalization of society, through a process in which both professionals and members of the public keep feeding the demand for medical interventions (Clarke et al. 2003, Conrad 2007). Interestingly, the two contributors, Quinto and Ziltener, felt inspired by our call for papers to write about the economisation of the health sector. Both point out that social sciences and humanities have a major role to play in analysing these developments. The limited efforts dedicated to tackle health inequalities and social determinants of health in Switzerland (OFSP/BAG 2010) are also of concern. These issues show how much it is necessary to tackle health issues from a larger perspective than in terms of what happens in the health care system. Sociology of medicine can offer this more encompassing approach, for example in taking into account informal and alternative care or examining how work and family situations affect individuals’ health status. It is therefore crucial to strengthen this sociological expertise, in order to make sure that these analyses are taken into account into politics and counterbalance the dominant economical thinking. To that end, the engagement and visibility of sociologists in the political spheres and other stakeholder groups, such as patient associations, still need to be reinforced. In addition, as we have learnt from multidisciplinary and applied research we need to adopt a language

that is understood by people outside of our scientific community so as to be heard.

We can then conclude that sociology “of” and “in” medicine are both important and mostly supplement each other. At the same time, this distinction probably also contributes to the “in-between” status of the subdiscipline within the discipline of sociology. On the one hand, mainstream sociology tends to consider this domain of research as too applied and dangerously close to biological questions. On the other hand, the medical and health professions have not necessarily welcomed the critics developed by sociologists and nowadays, despite clear signs of opening, might be afraid of competition around research development and funding. Health professions and issues related to health and disease have and will keep offering an important area of sociological investigation, as observed in the vitality of sociology of health/medical sociology groups in national sociological associations (especially so in the UK and in the USA). The developments of medical and health sociology in Switzerland are clearly more limited than in these countries; while the integration of sociologists in health institutions is fairly good, their integration in mainstream sociology remains much more limited. To improve the scientific and policy contribution of medical sociology, we consider it to be necessary to consolidate its presence within mainstream sociology and within health institutions. This further requires the articulation of theoretical and reflexive analyses with – mono- and multidisciplinary – empirical research. In the Swiss context characterized by federalism (in particular around health matters) and the co-existence of contrasting research practices across the linguistic regions, the sociology of health committee of the

Swiss Sociological Association has played an important role in bringing together health sociologists working in those diverse settings.

This thematic bulletin dedicated to the collaboration between sociology and health professions has shown that some synergies are developing today in Switzerland, in teaching, research and scientific gatherings. Concurrence and tensions were also observed, for example around the respective “territories” of different disciplines or their diverging expectations about the applicability of research results. But we are confident that in the coming years, the understanding of the complex interactions developing around health and disease will reinforce collaborations between sociology and health professions.

References

- Clarke Adele E et al. (2003) Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness and US Biomedicine, *American Sociological Review*, 68, 161–194.
- Conrad Peter (2007) *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Meyer-Fehr, Peter C. (1988) Interdisziplinäre Wissenschaft: Soziologen in der Medizin, *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 3, 399–413.
- OFSP/BAG (2010) Newsletter Spectra, juillet.
- SAGW/ASSH (2009) *Zukunft der Medizin – Der Beitrag der Geistes- und Sozialwissenschaften*. Bern, Bulletin, 2.
- SAMW/ASSM (2009) *Jahresbericht '09*. Basel
- Straus Robert (1957) The Nature and Status of Medical Sociology, *American Sociological Review*, 22(2), 200–204.

Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sozialwissenschaften: Erfolge und Stolpersteine

Markus Zürcher (Generalsekretär SAGW) und Hermann Amstad (Generalsekretär SAMW)

Mit dem Kongress "Medicine as Culture – Cultural Studies of Medicine" setzte im November 2004 die Zusammenarbeit zwischen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW) ein. Unter anderen trugen mit Barbara Duden und Nikolas Rose international ausgewiesene Experten vor, und die Ergebnisse konnten 2007 unter dem Titel "Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life" im renommierten Routledge Verlag aufgelegt werden. Die aus der Perspektive der Technik- und Wissenschaftsforschung vorgetragenen Analysen der medizinischen Praxis hinterliessen indes die zahlreich anwesenden Ärztinnen und Ärzte ratlos. Sie hatten sich in ihrem Berufsalltag anwendbare, humanwissenschaftliche Expertise versprochen und wurden in ihren Erwartungen enttäuscht. Der Dialog zwischen den beiden mit dem Menschen befassten Wissenschaftsbereichen blieb aus: Überaus deutlich brach der Graben zwischen einer "sociology of medicine" und einer "sociology within medicine" auf, der uns bis heute immer wieder herausfordert.

Mehr Wirkung zeitigte der konsequent dem Ansatz einer "sociology within medicine" verpflichtete, auf die praktischen Bedürfnisse der Ärzte zugeschnittene Kongress «Humanwissenschaften in der Medizin: Ausbildung und Mitarbeit» im Jahre 2006. Auch dessen Ergebnisse wurden unter demselben Titel noch im gleichen Jahr publiziert. Es darf vermutet werden, dass von dieser Tagung namentlich in der Romandie ein signifikanter Beitrag zur Institutionalisierung der "Medical Humanities" im Rahmen der medizinischen Ausbildung ausging. Mit dem Ziel, die bisherige, theoriegelei-

tete Diskussion über die Zusammenarbeit in der Praxis zu erproben, organisierte die mittlerweile eingesetzte, gemeinsame Arbeitsgruppe der beiden Akademien in den Jahren 2009 und 2010 drei fachspezifische Workshops, die im Rahmen von entsprechenden medizinischen Fachkongressen durchgeführt wurden. Unter der übergreifenden Thematik «Intimität und Intrusion» analysierte und kommentierte jeweils ein Facharzt und ein Vertreter/eine Vertreterin der Humanwissenschaften einen Fall aus der Psychiatrie, der Intensivmedizin und der Inneren Medizin. Die äusserst instruktiven und erhellenden Ergebnisse dieses Workshop-Zyklus wurden im Jahre 2011 unter dem Titel «Intimität und Intrusion» aufgelegt. Deutlich wurde, dass eine erfolgreiche, praktische Zusammenarbeit die vorgängige Klärung von zumindest drei Fragen erfordert: Welche Art von Wissen ist für wen interessant? Wer leistet die Übersetzungsarbeit? Wer klärt die Erwartungen?

Im Ausblick der oben genannten Publikation wurde schliesslich die Frage aufgeworfen, wer denn eigentlich die "Humanities" in den "Medical Humanities" sind? Wie die am 16. März des laufenden Jahres durchgeführte Expertentagung «Medical Humanities: Stand und weitere Entwicklung an Schweizer Hochschulen» deutlich zeigte, ist diese Frage nicht nur von hoher Aktualität, vielmehr besteht auch ein beträchtlicher Verständigungsbedarf. Gut aufgenommen wurde die von Sibylle Ackermann und Michelle Salathé erstellte Bestandsaufnahme «Medical Humanities in der Schweiz», die ebenfalls publiziert wurde und ein deutliches Entwicklungsgefälle zwischen der Romandie und der deutschen Schweiz aufzeigt. Kontrovers wurde indes Sinn und Inhalt des Begriffs "Medical Humanities" diskutiert. Wie die Nachbearbeitung der

geführten Debatte im Bulletin 3/2012 der SAGW zeigt, kristallisierten sich vier mögliche Antworten auf die Frage nach dem Inhalt der “Medical Humanities” heraus: Eine pragmatische Antwort lautet, dass alles humanwissenschaftliche Wissen, das für die medizinische Praxis von Relevanz ist, einbezogen werden soll. Eine zweite pragmatische Antwort lautet, dass geistes- und sozialwissenschaftliche Kernkompetenzen im Medizinstudium verankert werden sollen, was indes eine Definition dieser Kompetenzen erfordert. Eine dritte, radikale Antwort lautet, dass “Medical Humanities” ein unnötiges Konstrukt darstelle, es zielführender wäre, Medizinsoziologie und Medizingeschichte zu unterrichten. Auf eine vierte Option, die Begründung einer vom gesunden Menschen und der Lebensqualität ausgehenden, genuin sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung kommen wir zurück. Dem Wunsch der Teilnehmenden entsprechend, wollen sich die beiden Akademien für einen Einbezug der “Medical Humanities” in den “Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training” (SCLO) einsetzen und im kommenden Jahr eine weitere Expertentagung ausrichten. An dieser Expertentagung sollen konkrete Massnahmen zur Stärkung der “Medical Humanities” zur Diskussion gestellt werden.

Der Zusammenschluss der vier Akademien und der beiden Kompetenzzentren Technologiefolgenabschätzung Schweiz (TA-SWISS) sowie Science et Cité unter dem Dach der Akademien der Wissenschaften Schweiz hat die gemeinsame Arbeit im Feld der Gesundheitsforschung zweifellos dynamisiert. Unter dem Titel «Gesundheitssystem im Wandel» haben SAGW und SAMW teilweise in Zusammenarbeit mit TA-SWISS über die letzten fünf Jahre mit hoher Kadenz zwei Themenschwerpunkte behandelt: Zum einen war die Entwicklung der Gesundheitsberufe sowie die künftigen Berufsbilder und -rollen von ÄrztInnen und Pflegenden Gegenstand eines Berichtes (2007) und einer Tagung in Bern (2009). Zum anderen wurde die Frage des “Human Enhancement”, die

Veränderung oder Verbesserung nicht pathologischer Merkmale zwecks Steigerung der Leistungsfähigkeit, aufgenommen. Dazu wurde eine TA-SWISS-Studie aufgelegt (2011) und in Kürze wird die SAMW zum “Neuroenhancement” einen Bericht mit Empfehlungen veröffentlichen.

Ausgehend vom Befund, dass das schweizerische Gesundheitssystem über die letzten Dekaden stark ausgebaut wurde, die Zahl der in diesem Bereich tätigen Personen markant zugenommen hat, und Technik wie Pharmakologie grosse Fortschritte erzielt haben, haben die beiden Akademien im vergangenen Jahr das Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» lanciert. Das Gesundheitssystem ist aufgrund dieser Entwicklungen einerseits ausserordentlich erfolgreich, andererseits ist absehbar, dass weder genügend personelle noch finanzielle Ressourcen verfügbar sind, um dieses Niveau langfristig zu halten. Die Frage, ob beschränkte Ressourcen hinreichend effizient und effektiv eingesetzt werden, muss gestellt werden. In einem ersten Schritt wurde daher die Studie «Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen» aufgelegt. Kritisch werden in dieser Studie die Vor- und Nachteile der heute bekannten Verfahren sowie deren Anwendung in verschiedenen Ländern aufgezeigt. Am 29. März dieses Jahres folgte deren Präsentation und Diskussion im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung. Parallel dazu hat TA-SWISS einen Publifocus durchgeführt: Mittels partizipativer Bürgerforen wurde die Einschätzung dieser Verfahren durch Bürgerinnen und Bürger ermittelt. Die Ergebnisse dieses Publifocus werden demnächst publiziert. Noch in Bearbeitung ist eine zweite, ökonomisch ausgerichtete Studie, die anhand einer Meta-Analyse vorhandener empirischer Studien der Frage nachgeht, ob die vorhandenen Mittel über alle Sektoren des Gesundheitssystems gesehen effizienter eingesetzt werden können. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei regulatorisch oder finanzierungsseitig bedingten Fehlanreizen, die zu Überangeboten, Überkonsum oder anderweitigen

Fehlallokationen führen. Die Gesamtheit der bis heute identifizierten Massnahmen, die geeignet sind, ein nachhaltiges Gesundheitssystem zu etablieren, wird nun in einem Positionspapier zusammengetragen. Am kommenden 4. Dezember sollen sämtliche Ergebnisse des Projektes Nachhaltiges Gesundheitssystem der Politik wie der interessierten Öffentlichkeit in Form einer Roadmap präsentiert werden.

Bisweilen fiel es der SAGW schwer, geeignete Expertinnen und Experten für die zahlreichen, gemeinsamen Projekte zu stellen. Dies war ihr Anlass, bei der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) die im Februar 2012 publizierte Studie «Gesundheitsforschung in der Schweiz – Thematische Schwerpunkte, institutionelle Verankerung» in Auftrag zu geben. Wichtigste Befunde der Studie sind, dass die sozialwissenschaftliche Forschung im Bereich der Gesundheit thematisch äusserst heterogen ist, sich auf zahlreiche geistes- und sozialwissenschaftliche Fächer sowie Institutionen verteilt, also eine hohe Fragmentierung aufweist, diese institutionell schwach verankert ist, und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den medizinischen Wissenschaften selten ist. Eine Schwerpunktbildung ist nicht erkennbar und es fehlt denn auch eine Verdichtung der Kompetenzen. Auffallend ist, dass relativ wenige Forschungsprojekte zu umfassenden Themen von Gesundheit und Krankheit durchgeführt werden, obwohl in diesem Bereich seitens der Me-

dizin wie der Public Health Forschung die grösste Nachfrage besteht. Als kurzfristig realisierbare und wirksame Massnahme empfehlen die VerfasserInnen der Studie den Aufbau eines Netzwerkes Gesundheitsforschung, wobei sie die SAGW als die dafür geeignete Institution halten. Die Beschlüsse der vorgesetzten Organe vorbehalten, ist nun in Zusammenarbeit mit dem Forschungszentrum für die Sozialwissenschaften in Lausanne (FORS) der Aufbau einer Webplattform vorgesehen. Zugleich wollen wir mit einer Tagung im ersten Semester 2013 Impulse für die Entwicklung einer sozialwissenschaftlich verankerten, an der Lebensqualität orientierten Gesundheitsforschung geben. Komplementär zur medizinischen Forschung soll damit einer Forschung zum Durchbruch verholfen werden, die nicht vom kranken, sondern vom gesunden Menschen ausgeht. Wir denken, dass die Geistes- und Sozialwissenschaften damit einen wesentlichen Beitrag zu einem nachhaltigen Gesundheitssystem leisten können.

Referenzen und weitere Hinweise

Sämtliche in diesem Artikel erwähnten Publikationen können bei der SAGW oder den Akademien der Wissenschaften Schweiz – sofern nicht vergriffen – bezogen werden. Für nähere Angaben verweisen wir auf die nachfolgenden Websites: www.sagw.ch; www.samw.ch; www.akademien-schweiz.ch.

MICS. Une expérience lausannoise d'intégration des sciences humaines et sociales en médecine

Francesco Panese (professeur d'études sociales des sciences et de la médecine, Université de Lausanne, directeur du Collège des humanités de l'EPFL)*

L'intégration des sciences humaines et sociales dans les formations scientifiques et techniques

On assiste depuis quelques années à un mouvement général, sur le plan national et international, visant une plus forte intégration des sciences humaines et sociales (SHS) dans les formations scientifiques et techniques. Ce mouvement répond notamment, d'une part, à la reconnaissance du fait que la maîtrise réflexive des contextes d'actions humains et sociaux des futurs professionnels de ces domaines est devenue une compétence nécessaire à l'exercice de leur futur métier, qui, partant, doit donner lieu à une formation spécifique, et, d'autre part, au développement de SHS spécifiquement consacrées à ces domaines. Dans le cas lausannois, ceci s'est manifesté par la mise en œuvre d'enseignements ou de programmes de SHS dans les formations de biologie¹, d'ingénierie² et de médecine.

Dans le cursus de médecine, dès l'année académique 2004–2005, figurent au programme quatre

modules d'enseignement répartis sur quatre années, intitulés MICS pour « Médecine: Individus, Communauté, Société ». Leur introduction s'inscrit dans le cadre de la réforme des études médicales en Suisse – qui faisait suite au processus dit de « Bologne » – et de la redéfinition de ses objectifs d'apprentissage³. Ce bref retour sur expérience concerne le premier de ces modules, dispensé en première année de médecine, dans la réalisation duquel nous avons été étroitement impliqué⁴.

Avant d'entrer dans quelques détails, il est utile de rappeler – par analogie à ce qui s'est développé dans les formations d'ingénieurs⁵ – que l'intégration des SHS dans les formations scientifiques et techniques suit généralement *trois modèles idéaltypiques* qui, dans la réalité, se trouvent souvent mêlés: le modèle de la *transmission des humanités*, orienté vers le développement de savoirs généraux sur l'homme et la société, dans l'optique d'une culture générale facilitant l'acquisition d'une conscience morale et d'un sentiment de responsabilité; le modèle du *développement personnel*, qui vise un idéal d'épanouissement et d'émancipation individuel et social souvent axé sur les aspects communicationnels et les dimensions psychosocio-

* Coreponsable avec F. Stiefel, professeur de psychiatrie, du module MICS B1.5 (2005–2011), responsabilité reprise par V. Barras, professeur d'histoire de la médecine et M. Saraga, médecin-chef de psychiatre de liaison. Nous remercions ces collègues pour la relecture de ce texte.

- 1 Les enseignements de SHS ont été introduits dans la filière de biologie dès 2002–2003 pour constituer dès 2004 le programme « Biologie et société » (cf. www.unil.ch/biologiesociete).
- 2 Après avoir développé les enseignements « Homme, technique, environnement » puis « Science, technique et société », l'EPFL développa dès 2002 le programme « Science humaines et sociales » hébergé par le Collège des humanités créé en 2004. Ce programme compte aujourd'hui env. 120 cours dispensés par env. 80 enseignants (cf. cdh.epfl.ch/shs).

3 Cf. la première édition du *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training* (2001), révisé dans sa seconde édition de 2008 (cf. <http://www.smifk.ch>).

4 Il va de soi que quelques-unes de ces brèves remarques procèdent d'une rationalisation rétrospective qui, nous l'espérons, corrompt moins la trame des événements qu'elle ne l'éclaire.

5 Cf. l'étude mandatée par le Collège des humanités de l'EPFL, utile pour comprendre par analogie le développement des sciences humaines et sociales en médecine (Sainsaulieu et Jammet 2011). Nous re prenons ici la typologie proposée par les auteurs.

logiques des relations humaines liées à l'exercice de la profession ; enfin, le modèle des *sciences humaines et sociales spécifiques*, fondé sur une optique à la fois pragmatique et réflexive répondant aux besoins professionnels.

Faire converger des approches thématiques

Le choix de l'acronyme MICS est symptomatique de l'état d'esprit qui préside au développement lausannois : développer un programme d'enseignement appartenant préférentiellement au troisième modèle, en y joignant des aspects de développement personnel relevant essentiellement des « compétences communicationnelles » nécessaires à la relation de soin. Ce choix, partagé par les artisans de ce programme⁶, privilégia d'emblée les approches thématiques plutôt que disciplinaires, afin de permettre une convergence des approches, des méthodes et des points de vue sur la réalité médicale et sanitaire en renonçant à la création d'un programme autonome de sciences humaines et sociales *stricto sensu*.

Cette orientation générale découlait d'un constat partagé : les dimensions humaines et sociales de la médecine et de la santé relèvent à *la fois* des sciences humaines et sociales spécialisées dans ces domaines et, symétriquement, de ce que l'on pourrait appeler la « psychosocialisation » des objets et problématiques médicales au sein même de la médecine⁷, en particulier en médecine générale

rale⁸, médecine psychosociale, médecine sociale et préventive, médecine communautaire, en santé publique ou encore en psychiatrie.

En quête de complémentarité

Face à cette situation mêlant convergence et concurrence, l'effort a consisté à aménager au mieux les conditions d'un *complémentarisme*⁹ entre médecine et SHS. Parmi les obstacles à surmonter, mentionnons rapidement une tension sociale et *épistémique* relativement classique entre ces sous-champs académiques : du côté du corps médical (académique), une représentation tendancielle des sciences humaines et sociales de la médecine et de la santé comme « externaliste », adoptant souvent une posture « idéaliste » de « dénonciation » de la pratique médicale, considérée comme un tout supposément homogène en gommant les différences et les différends qui la traversent ; du côté des chercheurs en SHS, une représentation tendancielle de la médecine comme « internaliste », conduisant les médecins à mal admettre la critique du « réductionnisme biomédical » et à adopter une posture qui les conduirait, par exemple, à négliger « l'expérience subjective de la maladie », « l'asymétrie et les enjeux de pouvoirs de la relation thérapeutique » ou encore les « effets négatifs de la technicisation progressive de la pratique médicale » (Panese et Barras 2009). A un niveau plus institutionnel, cette tension pouvait aussi être renforcée par la pression pesant sur les enseignants-cliniciens du milieu académique par rapport à leur positionnement dans le cursus de médecine dans un contexte de forte concurrence entre spécialités.

Atténuer cette tension peu dialogique au profit d'une attitude plus complémentariste a nécessité de surmonter « la double aporie du réductionnisme et de l'idéalisme » (Autès 1973), en reconnaissant, de

6 Tous les enseignants qui figureront au premier programme MICS appartenaient au groupe de travail, sous la conduite de deux d'entre eux, l'un sociologue et l'autre psychiatre. Le groupe était composé de cliniciens en médecine générale et en psychiatrie, médecins de santé publique et représentants des SHS : histoire, sociologie et philosophie de la médecine, éthique biomédicale, anthropologie de la santé, linguistique et théologie.

7 Signalons la création en 1967 de la revue *Social Science & Medicine* et, dix ans plus tard, de l'article de Engel (1977).

8 Il faut relever l'institutionnalisation académique récente de certains de ces domaines médicaux partageant avec les SHS partie de leurs objets comme la Médecine générale.

9 Cette notion a été développée par Devereux (1972).

part et d'autre, qu'il était possible de tenir sur de mêmes objets – le contexte médical et sanitaire occidental, la pratique médicale, les pathologies, les patients, les relations thérapeutiques, etc. – des discours différents mais précisément complémentaires. En d'autres termes, l'enjeu était d'aménager les conditions pragmatiques permettant la critique mutuelle, mais évitant la mise en concurrence de discours dans un cadre posé comme agonistique a priori. Parmi ces conditions, relevons simplement l'importance du *travail collectif d'élaboration des contenus* qui a permis de créer un climat de reconnaissance mutuelle; la décision délibérée de favoriser le *co-enseignement* entre enseignants issus de la médecine et des sciences humaines et sociales¹⁰; *last but not least*, une *division du travail pédagogique*, basée sur l'élaboration concertée d'une série finie de problèmes relatifs à la pratique médicale relevant des sciences humaines et sociales et des domaines proches – distinguant *grosso modo* approches contextuelles et approches centrées sur la relation médecin-patient –, problèmes donnant ensuite lieu à une sélection de *thèmes généraux* compatibles avec les objectifs d'apprentissage de la formation¹¹.

Des principes au programme

Malgré sa part d'arbitraire, le choix de ces thèmes généraux n'en constituait pas moins une problé-

- 10 Aujourd'hui encore, les quatorze séminaires dispensés en parallèle en première année sont dispensés par un·e spécialiste de sciences humaines et sociales et par un médecin.
- 11 Pour exemple, les neuf thèmes/cours proposés en 2011–12 avec la/les principale-s discipline-s concernée-s: 1. Individus malades et populations malades (santé publique); 2. La construction du savoir médical (études sociales de la médecine); 3. Comprendre le corps par les enjeux de santé (anthropologie médicale); 4. Lieux et objets de la médecine (histoire de la médecine); 5. Interactions soignant-soigné (communication médicale); 6. Les acteurs de la médecine (histoire et sociologie de la médecine); 7. La santé et la maladie: introduction aux bases de l'éthique médicale; 8. Droits des patients (droit et médecine légale); 9. La pratique médicale dans un système de santé (santé publique et asséurologie).

matiation de la médecine partagée par les acteurs en présence, une problématisation donnant lieu à des « principes organisateurs du programme » qui sont aujourd'hui encore explicités dans le guide des étudiants:

« Ce programme met l'accent, d'une part, sur les *déterminants non biomédicaux de la santé et de la maladie* (les styles de vie, les facteurs psychosociaux et culturels, l'environnement, etc.) et, d'autre part, sur les *déterminants contextuels de l'exercice de la médecine*. Ces déterminants s'articulent autour de trois pôles:

Individu: enseignements centrés, d'une part, sur le patient et les déterminants individuels de la santé (comportements, styles de vie, situation psychosociale, convictions spirituelles) et, d'autre part, sur la relation médecin-patient (éthique clinique, communication soignant-soigné, et savoir-être du médecin).

Communauté: enseignements centrés sur la santé des populations (épidémiologie) et des communautés, ainsi que sur les stratégies de prévention, en tenant compte des facteurs environnementaux et socioculturels qui influencent l'état de santé.

Société: enseignements centrés sur les contextes économique, juridique et politique, ainsi que sur les dimensions culturelles, historiques, anthropologiques de la médecine, des systèmes de santé et des enjeux sanitaires.»¹²

Ces principes généraux constituent une matrice qui joua, dès le lancement du programme, un rôle d'« objet frontière » (Star & Griesemer 1989) permettant de faire converger un choix ouvert de thématiques et d'approches spécifiques, en fonction bien sûr des ressources disponibles. Concrètement, elle a servi de cadre à l'identification d'une dizaine de thèmes généraux impliqués dans la pratique médicale, auxquels ont été attachés des spécialités disciplinaires, lesquelles ont été mobilisées pour une série d'une dizaine de cours portant sur des

12 *Cahier du Module B1.5 MICS « Médecine: Individu-Communauté-Société » 2011–12*, pp. 5–6 (<http://www.unil.ch/ecoledemedecine/page82663.html>).

thématiques spécifiques, auxquels s'ajoutent une douzaine de séminaires, thématiques également, dont la pertinence pour le programme fut elle aussi évaluée selon ces principes généraux¹³.

Une perspective

Lors de l'évaluation de l'édition 2012 du module MICS B1.5 du cursus de médecine de l'Université de Lausanne, un·e étudiant·e écrivait : « Ce module humanise la vision de la médecine que nous avons jusqu'à maintenant. Complément fort au premier module, au contraire très scientifique ». Un·e autre dira : « Je ne vois pas l'utilité du module dans une année plus que majoritairement marquée par les notions scientifiques. Un sentiment de déséquilibre ». L'évaluation de ce module se révéla pourtant très bonne, puisque 86% des étudiants disaient avoir bien compris l'importance de la matière enseignée dans ce module pour leur formation.

Malgré ce résultat, des questions restent bien sûr ouvertes. Nous nous limiterons ici à en esquisser une seule. Force est de constater que la distinction épistémologiquement problématique entre enseignements « scientifiques » et « non scientifiques » reste très ancrée dans les représentations¹⁴. On pourrait faire l'hypothèse qu'elle constitue un raccourci de pensée en l'absence d'une conceptualisation des différences disciplinaires en fonction non pas de leur « scientificité », mais de la variété des « cultures épistémiques » (Knorr Cetina 1999). La reconnaissance de cette variété peut prendre de multiples chemins. Lun d'eux consiste à encourager et à poursuivre la fondation de l'enseignement des

SHS en médecine, comme dans les autres domaines « scientifiques et techniques », sur une recherche scientifique mieux intégrée, faisant converger les rives disciplinaires et méthodologiques afin de traiter de manière plus collaborative les défis de connaissance qu'impose la réalité médicale, scientifique et technique mais aussi sociale et humaine. Le fruit de ces collaborations pourra alors constituer une base solide, parmi d'autres, de nos formations universitaires.

Références

- Autès Michel (1973) Devereux Georges, Ethnopsychanalyse complémentariste, *Revue française de sociologie*, 14(4), 564–566.
- Devereux Georges (1972) *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- Engel George (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 196 (4286), 129–136.
- Knorr Cetina Karin (1999) *Epistemic Cultures: How the Sciences Make Knowledge*, Cambridge MA, Harvard University Press.
- Panese Francesco & Barras Vincent (2009) Ambivalences de la médicalisation : patients, maladies, clinique, in Sanni Yaya (éd.), *Pouvoir médical et santé totalitaire: conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Laval, Presses de l'Université Laval, 33–58.
- Sainsaulieu Ivan & Jammet Thomas (2011) *Les ingénieurs et leurs compétences non techniques. Le cas des diplômés de l'EPFL. Une approche sociologique*, EPFL [rapport non publié].
- Snow Charles Percy (1963 [1959]) *The Two Cultures*, London, Cambridge University Press.
- Star Susa Leigh & Griesemer James (1989) Institutional ecology, “ translations ” and boundary objects : amateurs and professionals on Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39, *Social Studies of Science*, 19, 387–420.

13 Le programme détaillé est disponible dans le *Cahier du Module B1.5 MICS*.

14 Phénomène déjà repéré il y a plus d'un demi-siècle par Snow (1963 [1959]), et qui a donné lieu à une très abondante littérature.

Die soziologische Disziplin und die medizinische Profession

Ursula Streckeisen (Professorin an der Pädagogischen Hochschule Bern)

Dass Virchow 1848 von der Medizin als einer «socialen Wissenschaft» sprechen konnte, hängt wohl damit zusammen, dass die Medizin eine Profession ist, nämlich heilende Praxis und forschende Wissenschaft zugleich. Wie im Falle anderer Professionen auch, haben sich im 19. Jahrhundert die Naturwissenschaften mit ihren verschiedenen Disziplinen zur zentralen Begründungsbasis der Medizin herausgebildet, währenddem geisteswissenschaftsverwandtes Denken, das im Mittelalter noch mit der Medizin verbunden gewesen war, an den Rand rückte. Als Profession verbindet die Medizin entgegengesetzte Dinge: das Ziel der Erkenntnisgewinnung mit dem Lösen von Problemen, die Verfahren der Logik und Methodik mit dem individuellen Fallverstehen, die Haltung des systematischen Zweifels und der Faszination durch das Unsichere mit dem Handlungsdruck unter Unsicherheitsbedingungen (Streckeisen 1997).

Soziologie ist keine Profession. Sie bildet zunächst ein handlungsentlastetes Unternehmen, bewegt sich im Bereich des Denkens und erhöht Komplexität. Eben dadurch leistet sie auch einen Beitrag zur Selbstthematization der Gesellschaft und bleibt der Tradition der Aufklärung verbunden. Ähnliches gilt für die grundlagenorientierten Naturwissenschaften: Die experimentelle Methode der Erfahrung brachte eine Distanzierung von der Orientierung an (religiöser) Offenbarung und Autorität mit sich und eröffnete die Logik des besseren Arguments. Auf dieser Basis trieben die Naturwissenschaften die «Entzauberung der Welt» voran: Das Leben der Menschen und die sie umgebende Natur wurden immer mehr als gestaltbar erlebt.

Vor dem Hintergrund der wissenschafts- und hochschulsoziologischen Diskussion über

Disziplinen sind aber zwischen Soziologie und Naturwissenschaften auch zentrale Unterschiede hervorzuheben, denn Disziplinen sind Kulturen (Becher 1989 u. a.). Disziplinen unterscheiden sich durch ihre epistemologischen Grundorientierungen, zugehörigen Denk- und Forschungslogiken sowie Wissensgestalten, aber auch durch soziokulturelle Verfasstheiten, die sich niederschlagen im Umgang mit Zeit, im Grad der innerdisziplinären Arbeitsteilung, in Interaktionsformen und habituellen Charakteristiken von AkteurInnen. Die Soziologie gehört von ihrer Geschichte her eher zu jenen Disziplinen, in denen sich der Student – in Prä-Bologna-Zeiten – im ersten Semester ins Fortgeschrittenenkolloquium setzen und einem Prozess überlassen kann, der ihn in die Kultur der Soziologie hineinwachsen lässt. Demgegenüber wird disziplinäres-fachliches Wissen in der Medizin, weil es kumulativ aufgebaut ist, in einem durchstrukturierten Studium angeeignet. Da die Medizin eine Profession ist, findet neben der Ausbildung auch die Einsozialisierung der NovizInnen in die therapeutische Praxis statt und wird über Veranstaltungen, die sozialwissenschaftlich als Initiationsrituale betrachtet werden können – etwa Praktika in der Anatomie –, der ärztliche Habitus geprägt (Streckeisen 2001).

«Interdisziplinäre Zusammenarbeit» zwischen Soziologie und Medizin, das Thema, um das es hier geht, findet unter anderem auch in Peer review-Prozessen statt, in denen SoziologInnen und MedizinerInnen gemeinsam darüber entscheiden, ob ein Artikel in einen Reader aufgenommen oder ein Forschungsgesuch gefördert werden soll. Auf die Erfahrung als Soziologin in solchen Begutachtungszusammenhängen greife ich im Folgenden zurück. Dabei denke ich an MedizinerInnen, die

sowohl wissenschaftlich engagiert als auch der ärztlichen Praxis verpflichtet sind und in einem herkömmlichen «Zentrum» der Profession stehen, der Inneren Medizin an Universitätskliniken. Begutachtungen – darin sind sich die Soziologie und die Medizin einig – sollen nach universalistischen Kriterien vorgenommen werden (vgl. Merton's Ethos der Wissenschaft).

Zur Unmöglichkeit von Interdisziplinarität

Die universalistischen Kriterien, nach denen wissenschaftliche Urteile gefällt werden sollen, variieren stark. Was Peter Meyer (1988) in seinem Artikel über «Soziologen in der Medizin» unter anderem festgehalten hat, dass nämlich in der Medizin «vordergründig theorieloses Vorgehen» üblich bzw. akzeptiert sei, ist mir wohlbekannt und widerspricht soziologischen Qualitätskriterien. Für MedizinwissenschaftlerInnen ihrerseits sind soziologische Arbeiten überkomplex und – im Falle von interpretativen Arbeiten – zu sehr auf Einzelfälle konzentriert. (Dass interpretative sozialwissenschaftliche Forschung, die fallverstehend vorgeht, für das alltägliche, intuitive «Fallverstehen» der praktizierenden Ärztin fruchtbar gemacht werden könnte, scheint bei InternistInnen kaum bekannt.)

Wenn man Disziplinen als Kulturen betrachtet, erscheint gegenseitiges Verständnis, das «Einverständnis» zwischen Soziologie und Medizin meint, als schwieriges Unterfangen. Kulturen haben nicht nur ein Beharrungsvermögen, Kulturen werden nicht nur durch Universitätsstrukturen über Fachbereiche und Departemente stabilisiert (Stichweh 1993), Kulturen sind und bleiben einander in dem Sinne auch notwendigerweise fremd, als sich manche Sinngehalte nicht «übersetzen» lassen. Schon innerhalb der Soziologie lässt sich Entsprechendes beobachten: «Verhalten» zum Beispiel gibt es in der «Kultur» der Handlungstheorie nicht; der Begriff ist Ergebnis der verhaltenstheoretischen Denkkultur. Mit Knorr Cetina (1984) lässt sich davon ausgehen, dass disziplinäre (oder subdisziplinäre)

Kulturen ihren Gegenstand selber mitproduzieren, dass die Weltbeschreibungen mithin auch ein Produkt der Beschreibungskategorien sind. Trifft dies zu, dann erweist sich Peter Meyer's Ansicht, wonach interdisziplinäre Forschungsteams «sich auf bestimmte wissenschaftstheoretische und methodische Prämissen einigen» können müssen, als unrealisierbar (411). Wie können VerhaltenstheoretikerInnen zu HandlungstheoretikerInnen werden? Wo treffen sich die beiden? Auf das Verhältnis von Soziologie und Medizin übertragen: Wie lässt sich zum Beispiel das lokalistische, verräumlichende Denken der Medizin, dessen Entstehung Michel Foucault beschrieben hat, mit einer kultur- und körpersociologischen Perspektive von Barbara Duden vereinbaren?

Meiner Erfahrung nach findet Verständigung zwischen SoziologInnen und MedizinerInnen nur dann wirklich statt, wenn beide Seiten ihre Disziplin verlassen und einander auf einer alltags-sprachlichen Ebene begegnen. Der Preis dieser Verständigung liegt sozusagen im Aufgeben der (wissenschaftlichen) Disziplinariät und damit auch im Aufgeben der (disziplinären) Komplexität. Bei «interdisziplinären» Begutachtungsverfahren erscheint es mir am sinnvollsten, Arbeiten nach jenen disziplinären oder disziplin-nahen Kriterien zu beurteilen, denen sich die AutorInnen selber verpflichten. Nur so kann der Rückzug in die Alltagssprache vermieden werden. Das heisst, dass ich medizinische Beiträge, die mir als Soziologin «theorielos» vorkommen, dann anzunehmen empfehle, wenn medizinische Experten, welche den Stand der medizinwissenschaftlichen Diskussion kennen, dies vorschlagen. Und ich erwarte von MedizinerInnen, dass sie beim Beurteilen von soziologischen Arbeiten, die ihnen «zu theoretisch» erscheinen, dasselbe tun.

Zur Heraufkunft von Postdisziplinarität

Dass die Medizin als Profession auch einen unmittelbaren Handlungsbezug aufweist und klinische Forschung betreibt, dürfte ihre Verwandtschaft

mit dem historisch neuen Typ von Wissenschaft erklären, den die Wissenschaftsforschung als «kontextualisierte» Wissenschaft beschreibt (Nowotny et al. 2001/2004). Es geht um eine Wissenschaft, welche die Grenzen zu ihrer Umgebung transzendiert und ihre Fragestellungen nicht ausgehend vom Wissensstand einer Disziplin, sondern im Verwendungskontext der Praxis formuliert. Falls ein theoretischer Rahmen entworfen wird, entsteht dieser *hic et nunc* und hat tendenziell postdisziplinären Charakter. Was «Autonomie» der Forschung und was «Objektivität» heisst, muss in jedem einzelnen Projekt gleichsam lokal festgelegt werden. In den Zwischenräumen der Disziplinen und Forschungsfelder oder über institutionelle und andere Grenzen hinweg haben sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts – so Nowotny et al. – neue und unerwartete Verbindungen ergeben. Kontextualisierte Wissenschaft mag der Aktionsforschung und vergleichbaren Ansätzen ähnlich sein, die Peter Meyer 1988 erwähnt hat. Doch ihre Gestalt und ihre Verbreitung wird als Folge des Anwachsens von Komplexität, von steigender Unvorhersagbarkeit und Irregularität in Gesellschaft und Wissenschaft der letzten Jahrzehnte betrachtet, also erklärt. Es geht nicht um ein Reformpostulat im Stil der 1970er Jahre.

Für die Medizin wird von Nowotny et al. (2001/2004, 176 ff.) unter Bezugnahme auf einen Bericht von Bruno Latour beschrieben, wie in Frankreich bei Forschungen zur Muskeldystrophie die Grenzen zwischen Wissenschaft und Gesellschaft sich auflösten. Von PatientInnen und WissenschaftlerInnen wurde ein Problem aufgenommen, das den Ersteren unter den Nägeln brannte und in eine Fragestellung übersetzt wurde, die den Letzteren als «erforschbar» erschien. Am Ende war ein Umfeld geschaffen, in dem PatientInnen und ForscherInnen (vielleicht waren SoziologInnen darunter) in gemeinsamer Anstrengung die Muskeldystrophie bekämpften.

Meiner Überzeugung nach sollten, wenn grenzüberschreitende, zwischen Medizin und So-

ziologie sowie zwischen Wissenschaft und Praxis stehende Arbeiten begutachtet werden, genauso «harte», aber andere Beurteilungskriterien als bei herkömmlicher Wissenschaft entwickelt werden. Doch diese Kriterien scheinen mir zu fehlen. Grenzüberschreitende, sogenannt theorieleose, praxisnahe Arbeiten werden von geistes- und sozialwissenschaftlichen VertreterInnen herkömmlicher disziplinärer Wissenschaft gemäss herkömmlichen Kriterien ganz einfach negativ beurteilt. BegutachterInnen dagegen, die solche Arbeiten akzeptieren, argumentieren typischerweise mit dem Argument, die Thematik sei wichtig und die Praxisrelevanz hoch, ohne dass diese Kriterien definiert und wirklich begründet wären. Während SoziologInnen, die in der Medizin tätig sind, und MedizinerInnen selber sich an solch unklare Beurteilungsverfahren gewöhnt zu sein scheinen, empfinden andere SoziologInnen Ratlosigkeit und Ärger. An ihren Irritationen könnten Initiativen anknüpfen, die das Ethos der Wissenschaft auch für postdisziplinäre Vorhaben zu formulieren versuchen.

Literatur

- Becher Tony (1989) *Academic Tribes and Territories. Intellectual enquiry and the cultures of disciplines*, Ballmoor Buckingham, Open University Press.
- Knorr Certina Karin (1984) *Die Fabrikation von Erkenntnis*, Frankfurt/M, Suhrkamp.
- Meyer-Fehr Peter C. (1988) Interdisziplinäre Wissenschaft: Soziologen in der Medizin, *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 13(3), 399–413.
- Nowotny Helga et al. (2004) *Wissenschaft neu denken. Wissenschaft und Öffentlichkeit in einem Zeitalter der Ungewissheit*, Weilerswist, Velbrück Wissenschaft (orig. Englisch 2001).
- Stichweh Rudolf (1993) Wissenschaftliche Disziplinen: Bedingungen ihrer Stabilität im 19. und 20. Jahrhundert. In: Schriewer Jürgen (Hrsg.) et al. (Hrsg.) *Sozialer Raum und aka-*

demische Kulturen, Frankfurt/M, Peter Lang, 235–250.

Streckeisen Ursula (1997) Einleitung: Hochschulforschung zwischen Wissenschaft und Praxis. In: Herbst Marcel et al. (Hrsg.) *Wandel im tertiären Bildungssektor. Zur Position im inter-*

nationalen Vergleich, Zürich, vdf Hochschulverlag, 81–90.

Streckeisen Ursula (2001) *Die Medizin und der Tod. Berufliche Strategien zwischen Klinik und Pathologie*, Opladen, Leske und Budrich.

Zum interdisziplinären Verhältnis von Medizin und Soziologie

Josef Estermann (Privatdozent, Soziologisches Institut der Universität Zürich)

Der call for papers "Successes and pitfalls in the collaboration between sociology and medicine" beginnt mit dem Virchow-Zitat *Medicine is a social science*. Rudolf Virchow schrieb «Die Medicin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Großen». Er sprach als deutscher Liberaler und Teilnehmer an der Märzrevolution 1848 hauptsächlich die soziale Verantwortung und die Verankerung des Gesundheitswesens in der Gesellschaft an. Er schrieb diesen Satz eigentlich als Politiker. Die Erkenntnis, dass Gesundheit und Krankheit soziale Grundlagen haben, ist nicht neu, im 19. Jahrhundert war sie allerdings Allgemeingut, prominent vertreten auch von seinem Zeitgenossen Max von Pettenkofer, einem der Begründer der Sozialepidemiologie. Diese Grundpositionen sind auch heute noch Balzan-preiswürdig (Marmot 2005: 133 ff.).

Virchow meinte gerade nicht, dass Medizin eine ontologische Wissenschaft wie etwa die Soziologie sei, sondern dass sie normativ auf die Veränderung der gesellschaftlichen Bedingungen zum Wohle der Menschheit und zur allgemeinen Förderung der Gesundheit hinarbeiten hätte. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Medizin wie etwa Mikrobiologie, Pathologie oder Chemie hingegen müssen naturwissenschaftlich ausgerichtet sein. Die Medizin besitzt eine lange Tradition der interdisziplinären Zusammenarbeit und zwar spätestens seit dem 18. Jahrhundert, als sie sich naturwissenschaftlich auszurichten begann und diese Ausrichtung über Namen wie Louis Pasteur und Robert Koch zum bis heute herrschenden disziplinären Mainstream der Medizin wurde.

Gegenüber den Grundlagenwissenschaften wusste sich die Medizin im Bereich Gesundheit und Krankheit jedoch immer als Leitdisziplin

durchzusetzen: Chemie, Physik, Biologie, Statistik und auch die Humanwissenschaften wie Soziologie und Psychologie sehen sich oft nicht zu unrecht gegenüber der Medizin in der Rolle der Hilfswissenschaften und die Medizin sieht das mit Sicherheit so. Die Soziologie ist, Durkheim (1895) folgend, eine ontologische Wissenschaft, welche sich naturwissenschaftlicher Methoden bedient. Sie ist der Erkenntnis des Sozialen verpflichtet und nicht in erster Linie der Heilung des Sozialen – was natürlich der Verwendung soziologischer Erkenntnisse zur Transformation gesellschaftlicher Zustände oder das politische Engagement von SozialwissenschaftlerInnen keinesfalls ausschliesst. Die Medizin hingegen ist immer der Heilung verpflichtet, oder mindestens der Förderung der Gesundheit.

Diese disziplinären Differenzen sind unhintergebar. Die Identifikation von disziplinären Differenzen ist nicht nur für die Gesundheits- und Medizinsoziologie, sondern auch für andere sogenannte Bindestrich-Soziologien wie etwa die Rechtssoziologie (Estermann 2005, 2010: 103 f.) von entscheidender Bedeutung. Wir müssen als SoziologInnen zunächst genau unterscheiden, ob wir Soziologie der Medizin, des Gesundheitswesens oder ob wir Soziologie im Gesundheitswesen, für die Medizin betreiben. Weiterhin muss uns klar sein, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit den zweitgenannten Bereich fokussiert, die akademische Soziologie hingegen den erstgenannten.

Akzeptieren wir unsere Rolle als soziologische ForscherInnen im Gesundheitswesen, ist es meistens notwendig, dass wir uns der medizinischen Heilungsmaxime unterwerfen. Das heisst nicht, dass wir auf die spezifisch analytische Maxime unserer Disziplin verzichten, aber es heisst, dass wir ein Ergebnis produzieren, welches von unseren

Kooperanden als «nützlich» oder «verwendbar» eingeschätzt werden kann, mithin auch einfach gestellte Fragen beantworten. Was jedoch aufrechterhalten werden muss, ist die methodische Rigidität unserer Disziplin.

Die Problemlage verschärft sich, wenn neben die Heilungsmaxime noch bestimmte gesundheitspolitische Festlegungen treten. Ein kurzes Beispiel aus meiner Praxis als beamteter Epidemiologe im jeweils deutschen und schweizerischen mit Gesundheit und Medizin befassten Bundesamt. Meine Aufgabe bestand in erster Linie darin, zuerst in Deutschland und dann in der Schweiz in den letzten Jahren des vergangenen Jahrtausends den exakten Verlauf und die prognostizierte Entwicklung der HIV/AIDS-Epidemie aufzuzeigen. Die epidemiologische Analyse zeigte schon Ende der 80er Jahre, spätestens Anfang der 90er Jahre, dass in Europa keine self sustaining epidemic in der durchschnittlich promiskuen nicht intravenös drogenkonsumierenden autochtonen Bevölkerung zu befürchten war (Estermann & Bunikowski 1990; Estermann, Sulliger & Skarabis 1992; Estermann, Gebhardt & Paget 1992). In Deutschland wurde die Epidemie vor allem durch Infektionen von men who have sex with men voran getrieben, in der Schweiz vor allem durch diejenigen bei intravenös Drogenkonsumierenden. Diese Erkenntnis laut zu verbreiten war weder politisch opportun, noch im Sinne einer Bekämpfung der Epidemie, noch hätte dies meinem persönlichen Verantwortungsbewusstsein gegenüber marginalisierten Bevölkerungsteilen entsprochen. In der Schweiz herrschte die gesundheitspolitische Festlegung, dass die öffentlich sichtbare Prävention ihren Schwerpunkt auf die Reduktion von risikoreichem Verhalten (ungeschützter Geschlechtsverkehr) in der Allgemeinbevölkerung fokussieren soll, während die medizinischen und sozialen Bemühungen sich in erster Linie auf die Verbesserung der hygienischen Situation der «Fixer» und deren Kenntnisstand richteten, dies mit grossem und entscheidendem Erfolg. Die politisch herrschende Präventionsma-

xime innerhalb des Amtes war jedoch fixiert auf die Förderung der Kondombenutzung in jedem Fall, so dass eine differenzierte epidemiologische Betrachtung und deren Diskussion sofort als Behinderung der Präventionsmaxime qualifiziert wurde. Amtlich abgerufen wurden nur Ergebnisse, welche die Präventionsmaxime (Förderung des Kondomgebrauchs durch Kommunikation einer hohen Infektions- und Sterbewahrscheinlichkeit und einer explodierender Epidemie) empirisch zu stützen vermochten. Dies hinderte natürlich nicht die unbeobachtete Analyse, jedoch deren problemlose Veröffentlichung.

Das Beispiel soll zeigen, dass die Heilungsmaxime und die Präventionsmaxime im Bereich public health durchaus in Widerspruch zu einer vorbehaltlosen sozialwissenschaftlichen Analyse treten kann. Aber wer von uns ist (auch in anderen Bereichen) noch nie der Versuchung erlegen, opportune Ergebnisse den nicht opportunen vorzuziehen?

Der call for papers regt an, Vorschläge für eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Medizin und Soziologie zu machen. Nun hier:

Für Sozialwissenschaftlerinnen:

1. Akzeptieren der Fragestellungen, welche an die Soziologie im Gesundheitswesen herangetragen werden. Dies verlangt auch das Verwenden einer Sprache, welche für Fachfremde verständlich ist.
2. Erwerb propädeutischer medizinischer Kenntnisse über den bearbeiteten Gegenstand. Einforderung der dazu notwendigen Informationen.
3. Kritische Analyse der normativen Komponente der Leitdisziplin.
4. Aufrechterhalten der methodischen Rigidität bei der Analyse.
5. Aufrechterhalten des rein soziologischen Diskurses über Medizin und Gesundheitswesen. Dies ist gleichbedeutend mit der Einforderung der eigenständigen Disziplinarität im Sinne einer notwendigen Bedingung der Gültigkeit der

Forschungsergebnisse. Für die Fragestellung der Bedeutung der Medizin in der Gesellschaft ist und bleibt Soziologie die Leitdisziplin.

Für Medizinerinnen:

1. Akzeptieren der eigenständigen Disziplinarität der Soziologie. Einforderung einer adäquaten Verständlichkeit der soziologischen Sprache.
2. Erwerb propädeutischer gesellschaftswissenschaftlicher Kenntnisse.
3. Bewusste Reflexion der normativen und der ontologisch-naturwissenschaftlichen Komponenten in beiden Disziplinen.

Der Erfolg jeder interdisziplinären Forschung steht und fällt mit der Bereitschaft, die Disziplinarität der Kooperationspartner mindestens verstehen zu wollen.

Literatur

Durkheim Emile (1895) *Les règles de la méthode sociologique*, Paris.

Estermann Josef (2010) Die Verbindung von Recht und Soziologie als Chimäre, in Cottier, Estermann & Wrase (Hg.) *Wie wirkt Recht?*, Baden-Baden, 101–112.

Estermann Josef (2005) *Einige Gedanken zur Rolle der Soziologie im Öffentlichen Gesundheitswesen*, Luzern, Orlux Verlag.

Estermann Josef & Bunikowski Rita (1990) Die Inzidenz von AIDS im Zeitverlauf – epidemiologische Entwicklung in einzelnen Gruppen mit erhöhtem Risiko für eine HIV-Infektion, *Das öffentliche Gesundheitswesen* 52, 213–220.

Estermann Josef, Sulliger Jean-Marc & Skarabis Horst (1992) Epidemiologie der HIV-Infektion in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland – der Beitrag der amtlichen Erfassungssysteme, der anonymen Teststellen und des Blutspenderscreenings, *Gesundh.-Wes.*, Heft 54, 122–126.

Estermann Josef, Gebhardt Martin & Paget John (1992) Die heterosexuelle Transmission von HIV und AIDS in der Schweiz. *AIDS-Forschung (AIFO)* 10, 517–522.

Marmot Michael (2005) Social determinants of health: A panoramic view, in: Fondazione Internazionale Balzan (ed) *Premi Balzan 2004. Laudationes, discorsi, saggi*, Milano, 133–144.

Pettenkofer Max (1896) *Boden und Grundwasser in ihren Beziehungen zu Cholera und Typhus*, München, Oldenbourg.

Virchow Rudolf (1849) *Die medizinische Reform*. Eine Wochenschrift, erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849, Berlin, G. Reimer.

La collaboration scientifique entre sociologie et médecine : après les méthodes, les concepts ?

Stéphane Cullati (collaborateur scientifique, Hôpitaux Universitaires de Genève)

Dans cet article, je propose une réflexion sur les rapports entre sociologie et médecine sur la base de mon expérience personnelle de sociologue engagé en tant que collaborateur scientifique aux Hôpitaux Universitaires de Genève depuis 2007.

Lorsque la sociologie et la médecine collaborent ensemble sur des projets de recherche scientifique, c'est le plus souvent la seconde qui s'intéresse à la première, et son intérêt porte généralement sur les méthodes de la sociologie, plus rarement sur ses concepts ou ses cadres théoriques.

La collaboration entre sociologie et médecine se porte bien si on observe la quantité de recherches conduites avec les instruments d'observation de la sociologie (le questionnaire, les entretiens, etc.). La médecine et la santé publique conduisent une quantité importante de recherches « observationnelles », afin d'étudier la santé de la population ou le fonctionnement du système de santé. Ainsi, la proportion d'études observationnelles soumises aux Comités d'éthique de la recherche varie entre 14% et 85% (de Jong et al. 2010; Decullier et al. 2005; Dickersin et al. 1992; Easterbrook et al. 1991) selon les pays et les institutions de santé (hospitalières, santé publique). Certes, cette quantité importante d'étude observationnelles ne conduit pas systématiquement à des collaborations avec la sociologie. Néanmoins, ces recherches procurent nombre d'opportunités d'emplois pour les sociologues (ainsi que pour d'autres professions de sciences sociales, comme les psychologues, les anthropologues, etc.). Ainsi, il est courant de voir des sociologues travailler dans des Instituts de médecine sociale et préventive ou des hôpitaux. Un signe du succès de ces collaborations entre sociologie et médecine est le développement des sections « sociologie de la santé » ou « sociologie médicale », qui représentent

les groupes les plus importants dans les associations nationales de sociologie, comme par exemple en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis.

Si la collaboration fonctionne, c'est notamment parce que le développement de l'*evidence-based medicine* a poussé historiquement la médecine à développer la recherche scientifique. Ainsi, la médecine a eu besoin des instruments d'observation de la sociologie, mais aussi ceux d'autres sciences (Berkman & Kawachi 2000). Elle a emprunté nombre de notions méthodologiques aux sciences sociales, dont la sociologie, comme par exemple dans la recherche sur les biais méthodologiques (Chavalarias & Ioannidis 2010).

Toutefois, la médecine a une longue tradition d'autonomie professionnelle. Avec le développement de l'épidémiologie et de la biostatistique au cours du 20^{ème} siècle, elle possède son épistémologie et ses méthodologies pour faire progresser les connaissances scientifiques. De plus, elle forme ses propres chercheurs (médecins « cliniciens-chercheurs », infirmières de recherche, coordinateurs d'études, etc.) à ses designs de recherches (essais cliniques, cohortes, etc.) et aux méthodes statistiques, mais également aux designs et aux méthodes de la sociologie, comme les enquêtes par questionnaire et la recherche qualitative. Même si les compétences méthodologiques des cliniciens-chercheurs étaient encore modestes il y a près de dix ans (Perneger et al. 2004), les efforts se poursuivent à un niveau national, avec la mise en place des « Centres de recherche clinique » par le Fond national suisse de la recherche scientifique (FNSRS). Ces centres sont aujourd'hui présents dans six hôpitaux universitaires suisses et sont destinés à soutenir méthodologiquement et financièrement les cliniciens-chercheurs et à coordonner la recherche clinique en Suisse (Ma-

gnin 2012). Enfin, le FNSRS soutient les carrières scientifiques de médecins-chercheurs avec des instruments de valorisation comme le programme «MD-PhD».

Ces constats laissent penser que ce qui constituait l'attrait principal de la sociologie pour la médecine – à savoir ses méthodes – risque de se réduire comme une peau de chagrin. Dans le futur, la médecine n'aura peut-être plus besoin des compétences méthodologiques des sociologues car elle aura des «soignants-chercheurs» formés et à disposition pour réaliser des études observationnelles.

Dans ce contexte, nous pensons que ce qui motivera, dans le futur, la collaboration de la médecine avec la sociologie sera moins ses méthodes et ses analyses (l'enquête par questionnaire, l'entretien compréhensif, l'analyse qualitative, etc.) que ses problématiques et ses concepts et, par conséquent, la façon de discuter ou interpréter les résultats d'enquêtes.

L'exemple de la sociologie des professions de soins en milieu hospitalier permet d'illustrer comment la sociologie peut enrichir, voire renouveler, le regard sur les réalités hospitalières. L'environnement socioprofessionnel d'un hôpital est complexe : beaucoup d'employés y travaillent ; il est composé de nombreux corps de métier différents (médical, para-médical, administratif, technique et recherche) ; les professions de soins (médecins, infirmières, aides-soignants, laborantins, etc.) n'ont pas reçu les mêmes formations de base et n'ont donc pas exactement les mêmes langages professionnels ; au sein de la profession médicale, de nombreux spécialistes (cardiologue, diabétologue, pneumologue, radiologue, etc.) doivent travailler ensemble bien qu'ils peuvent parfois avoir des opinions différentes sur la prise en charge d'un patient ; enfin, de par leur mission de formation, chaque année, les hôpitaux voient arriver des nouveaux internes et des nouvelles infirmières et en même temps repartir nombre de professionnels allant s'installer dans le secteur privé. Afin d'assurer la meilleure qualité et sécurité des soins, ces équipes interdisciplinaires doivent com-

muniquer de manière efficace, même si souvent les personnes ne se connaissent pas, ou peu.

Dans cet environnement complexe, la sociologie peut contribuer à dénouer les enjeux socio-professionnels et aider à une compréhension plus approfondie des problèmes de communication, des résistances d'équipes, lorsque ceux-ci traduisent, en toile de fond, des crispations et des négociations entre identités professionnelles (Svensson 1996). Par exemple, l'uniformisation des blouses de travail pour les professions de santé, introduite en Grande-Bretagne en 2005, avait soulevé des grandes résistances puisqu'elle était vécue par le personnel comme une atteinte à son identité professionnelle (Timmons & East 2011).

La sociologie possède donc des concepts et des notions qui permettent de mieux comprendre les environnements complexes que sont les hôpitaux. Dans un contexte de société mettant la médecine sous pression (notamment via les assurances sociales, le monde politique et l'*evidence-based medicine*) pour rationaliser ses coûts et améliorer la qualité et la sécurité des soins, la collaboration entre la médecine et la sociologie pourrait, malgré tout, avoir encore de belles années devant elle.

Références

- Berkman Lisa F & Kawachi Ichiro (2000) A Historical Framework for Social Epidemiology, in Berkman Lisa F & Kawachi Ichiro (eds) *Social epidemiology*, New York, Oxford University Press, 3–12.
- Chavalarías David & Ioannidis John P A (2010) Science mapping analysis characterizes 235 biases in biomedical research, *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(11), 1205–15.
- de Jong Jean Philippe, Riet Gerben Ter & Willems Dick Ludolf (2010) Two prognostic indicators of the publication rate of clinical studies were available during ethical review, *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(12), 1342–50.
- Decullier Evelyne et al. (2005) Fate of biomedical research protocols and publication bias in

- France: retrospective cohort study, *British Medical Journal*, 331(7507), 19.
- Dickersin Kay et al. (1992) Factors influencing publication of research results. Follow-up of applications submitted to two institutional review boards, *JAMA*, 267(3), 374–8.
- Easterbrook Philippa J et al. (1991) Publication bias in clinical research, *Lancet*, 337(8746), 867–72.
- Magnin Annette (2012) *Short Report 2011*, Basel, Swiss Clinical Trial Organisation, Available at: <http://www.scto.ch/>.
- Perneger Thomas V et al. (2004) Medical researchers evaluate their methodological skills, *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(12), 1323–29.
- Svensson Roland (1996) The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective, *Sociology of Health & Illness*, 18(3), 379–98.
- Timmons Stephen & East Linda (2011) Uniforms, status and professional boundaries in hospital, *Sociology of Health & Illness*, 33(7), 1035–49.

Sociologists and Midwives: Partners or Competitors in Research?

Valerie Fleming (Lecturer, Institute of Midwifery) and Claudia König (Head of Research and Development in Midwifery, Zurich University of Applied Sciences, Winterthur)

Midwives have played a crucial role in the health of women and their children for as long as humankind has existed. Yet it is only in the last two decades that there has been a global trend towards an academic education to prepare midwives for this role. Such an academic education immerses students into the relevant research that underpins their field of work and in turn precipitates new research thereby broadening the horizons of the discipline. This perpetuates the question as to how a newly emergent academic discipline develops its own field and indeed even if this is desirable.

Sociology on the other hand has a much longer tradition of research. August Comte (1798–1857) is widely considered as “the father of sociology”. Since then sociologists have worked on many different aspects of health and illness including pregnancy, birth and the postpartum. Both disciplines therefore have an interest in research underpinning pregnancy and birth.

The International Confederation of Midwives (2005) has defined the midwife as: “a responsible and accountable professional who works in partnership with women to give the necessary support, care and advice during pregnancy, labour and the post-partum period, to conduct births on the midwife’s own responsibility and to provide care for the newborn and the infant”. Such a statement certainly supports the drive towards academic education and the need for research to underpin all aspects of practice. However it does not provide any suggestions as to how a unique field of research could be developed.

An examination of the authorship of all articles published in the peer reviewed journals *Midwifery* and *Birth*, in 2011 showed that while midwives

are the first author in the majority of the articles this is not only the province of midwives (König & Amsler, 2012 in press). Indeed there are many journals focusing on childbirth to which many disciplines, most notably sociologists, anthropologists, obstetricians and psychologists contribute. The remainder of this article thus focuses on the potential links and barriers to links between one of these disciplines, sociology, and midwifery in the field of research related to childbirth. It takes the form of a dialogue between the two authors, one of whom is a sociologist and the other a midwife.

Claudia, sociologist: So how would you define midwifery research?

Valérie, midwife: I am not convinced that there is such a thing, or even if there should be. I mean, I am proud to be a midwife who has progressed in the academic world and the research I do is all related to childbirth. But so do others have that right and what is important is that whoever is doing it, we try to improve the experience and outcomes for the women.

C: But what then about midwives who look at their own profession? Is that maybe what makes it?

V: We need to position ourselves in the academic world but unlike nurses who have had a lengthy battle (and are still having it) to define what their profession actually is, we do not have that as midwives. I think we have maybe lost some ground there in some countries where midwifery and nursing got very closely tied up together. In fact this is the case in most World Health Organisation regions outside of Europe and WHO uses the term “skilled

- birth attendant” more and more and this upsets midwives. Our unique role is clear and where our research would be better directed is looking at outcomes for women who have midwifery led care in a planned way. Also as a new academic discipline we don’t really have any theoretical underpinnings of our own. Instead we are accused of taking others, such as from sociology. What do you think?
- C: Well sociology is concerned with society’s response to things and in the case of childbirth what we would be looking at is not why for example one birth position was better than another but what made a certain position become the norm. We have clearly identified theories that would help us to analyse that and many other things.
- V: So on that subject, we would want to look at say a randomised controlled trial into squatting versus recumbent positions to give birth (a very midwifery topic) and the outcomes such as length of second stage of labour, condition of the perineum and the Apgar scores of the baby. What would you do?
- C: We would look at the trends and where these trends were occurring and maybe look into the longer term patterns along with epidemiological data.
- V: So sociology is an applied discipline as well? How long has it been around as an academic discipline?
- C: Of course it started up drawing on other disciplines’ ideas but it’s already been in the universities for about 200 years and has most certainly developed its own theories in that time. Indeed sociology is very strong on theory.
- V: So do sociologists see midwives as eroding some of their territory?
- C: Sociologists have branched out into many fields and medical sociology is only one branch of the discipline. But it seems to me that it is midwives who feel threatened, not the other way around. What do you think?
- V: I think in some cases you’re right. We see others as muscling into our territory. But the reality for me is that midwifery is a practice based discipline and sociology seems to be more theory based. If this is right then our research questions need to come from practice but they can also be of interest to many other disciplines. I would really be horrified to think that the person’s professional label or the theory they had applied to analyse “our” question was dismissed because “it wasn’t midwifery”. That is really childish and actually shows our discipline’s immaturity.
- C: I suppose so but maybe there is a need to establish your own territory.
- V: Of course there is but there’s a long way to go. Look at your own language. In German there is no word for “Midwifery”. Lots of things are proposed e.g. “Hebammenwesen”, «Hebammerei» or simply «Hebammen Forschung». How can we create a field when there isn’t even a word?
- C: You know that is very true. So what are you? A «Hebamme Forscherin?» or a «forschende Hebamme»?
- V: Explain the difference.
- C: Well in the second Hebamme is the subject always while in the first it can be either the subject or the object. That’s because we don’t have the precise translation you mention and it illustrates the dilemma.
- V: It’s a good point for us to consider. I guess then I am the latter. I am a midwife researcher but I don’t feel constrained by that. I also don’t think we should be constrained. I think good theories such as some of the sociological and psychological ones will always be useful for framing questions and answering them appropriately. I guess there have been many bad theories developed that simply disappear over time from lack of use. I see that happening a bit now with the focus on developing scales to measure everything and so put all women

into boxes. That is not so much sociological as psychological but for me it's a warning, are social sciences starting to go too far down the bioscience route?

C: Well you know that we have to be classified into little boxes when we apply for research funds etc. That's a difficulty for midwifery. Where does it fit?

V: Yes it is a difficulty. Personally I think it depends on the question being asked. I don't think it's reasonable to expect funding agencies to have a specific category of midwifery research. However if we are asking something related to biomedicine, must we always aim for the RCT as the gold standard? I think we have to acknowledge that our discipline is strongly human centred therefore we can't only have randomised controlled trials. For me it is much, much more important that what we have is research that is ethically conceived and ethically carried out. Sociology seems to be a natural partner for midwifery so why should we threaten each other?

C: I do agree with you but it sounds like you are being quite generous. Don't you think that some midwives will see us as a threat?

V: I've been around long enough to appreciate a multidisciplinary perspective where it's ap-

propriate and it sometimes is and sometimes isn't. What do you feel?

C: I think that new ideas will always emerge but we need to work together.

The views of the two authors thus concur and they do not see any threat in the interface between midwifery and sociology in either the practice or research fields. It is important to both that in order to provide women and infant centred services that are up to date and ethically sound that research needs to be carried out through questions that are generated from women and practitioners and using a sound theoretical framework that is applied throughout the course of the study. In this way midwifery and sociology (and indeed many other academic disciplines) can work together as appropriate.

References

- International Confederation of Midwives (2005) Definition of the midwife. Online. Available: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/ICM%20Definition%20of%20the%20Midwife%202005.pdf> Accessed 17 September 2012.
- König Claudia & Amsler Marlen (2012, in press) *Hebammenforschung: ein Überblick*, In: *Hebamme.ch*.

Sociologie et médecine: ensemble sur les terrains de la complexité

Marius Besson (chef de clinique, service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève)

Introduction

Ce que je retiens de mon cursus en sociologie peut se résumer en trois points: 1) un intérêt particulier pour la façon dont la sociologie recourt à l'histoire pour éclairer et comprendre les problématiques et dynamiques sociales contemporaines: 2) une curiosité intéressée portée au domaine de la sociologie et de l'anthropologie médicale, dans le but d'y trouver des « outils » utiles à la médecine de premier recours: 3) une admiration pour ce devoir du sociologue de cultiver l'art de l'écoute calme et attentive, sans chercher à imposer ses propres vues.

C'est probablement ce dernier point qui me sert le plus sur le terrain clinique. Ma pratique actuelle est celle d'une médecine de premier recours, auprès de personnes précarisées, sans assurance-maladie, le plus souvent migrantes et « sans-papiers » qui résident sur le canton de Genève. Depuis 1996 une structure de soins leur est spécifiquement dédiée. La Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO), rattachée au Service de médecine de premier recours des Hôpitaux Universitaires de Genève, repose sur un travail en équipe pluri-professionnelle. Infirmières, médecins généralistes, psychiatres et assistants sociaux y pratiquent une médecine où les considérations sociales et économiques sont au premier plan. Cherchant à favoriser l'accès aux soins pour les plus démunis, notre activité – chroniquement débordante – nous confronte à des personnes vulnérables, au parcours de vie complexe et chaotique. Précarité et exclusion sociale sont malheureusement des termes qui nous sont familiers; ils nous amènent à questionner continuellement le lien et la solidarité sociale dans leurs rapports à la santé, sur ce terrain spécifique de la médecine de premier recours. Une volonté de soigner qui nous apprend l'importance des colla-

borations avec le dense réseau social luttant contre l'exclusion sur le canton. Notre identité, notre rôle de soignant, notre position d'observateur et de témoin privilégié doivent se définir dans le cadre de ces collaborations interprofessionnelles. On ne part jamais seul dans la lutte contre les formes d'exclusion. On bosse en équipe.

J'ai pour ma part souvent sollicité et questionné la sociologie à l'heure où je me trouvais confronté à l'incompréhension, l'incertitude, bref... à la complexité. Voilà ce que je lui ai demandé à cette discipline sociale et humaniste. Dans ma peau de médecin, et pour exemple, j'évoquerai ici les réponses qu'elle m'a fournies sur deux sujets qui n'ont pas fini de m'interpeller: ma propre profession de médecin; les discours et représentation profanes liés à la santé.

La médecine générale

L'image que je me faisais du généraliste, sa place dans la médecine, ses spécificités et son identité est longtemps restée trouble. C'est en retournant à la notion de clinique et à son histoire que cette image a pris un contour plus net. F. W. Peabody, médecin de formation, écrivait à propos de l'approche clinique, dans un article publié en mars 1927; « ce que l'on nomme « l'image clinique » n'est pas la simple photographie d'un malade alité; c'est une peinture impressionniste du malade entouré de son foyer, de son travail, de ses relations, de ses amis, de ses joies, de ses peines, de ses espoirs et de ses craintes » (Swartz 1991; 3). Cette citation, extraite de mon manuel de diagnostic clinique d'étudiant, résume en quelques mots la complexité et les enjeux de la relation à la personne malade. En publiant cet article intitulé *The care of the Patient*, Peabody cherchait alors à sensibiliser les jeunes médecins

à une approche de la médecine moins distante et « scientifique ». Il s'agissait de répondre à une tendance générale privilégiant l'approche uniquement biomédicale (très hospitalière et impersonnelle), au détriment de l'apprentissage de la relation soignante (médecine de famille, ambulatoire). Ce débat traduisait d'une certaine manière, les difficultés de la médecine générale à être pleinement reconnue au sein de la communauté médicale universitaire du moment. Des décennies plus tard, Michael Balint, psychiatre et fin observateur des « omnipraticiens » dans les premières années du *National Health Service* britannique, soulignait, préoccupé, la persistance de cette relation maître-élève, qui voulait que le spécialiste, le plus souvent hospitalier, possède la vérité ultime dans l'appréciation de la situation clinique de patients référés par leur généraliste.

Aujourd'hui, après être longtemps restée dans le sillage de la médecine interne-hospitalière et/ou subordonnée aux différentes spécialités ayant émergé du progrès médical, la médecine générale a su acquérir une nouvelle légitimité et se doter des moyens pour répondre aux défis qui lui sont posés. Sensibilisation à la relation soignante, enseignement de la communication médecin-patient, de l'approche centrée sur le patient, et plus récemment, de l'impact – trop longtemps ignoré – des déterminants sociaux et économiques de la santé. Cette médecine-là se doit de cultiver l'interdisciplinarité afin de mieux comprendre cette complexité inhérente aux systèmes biologiques et sociaux (Wilson 2001). Elle est à ce titre sûrement à même de s'ouvrir aux sciences sociales et aux autres *Medical Humanities*. L'académisation récente de la médecine générale en Suisse devrait, espérons-le, relancer l'intérêt des étudiants et jeunes diplômés pour cette médecine qui s'est imposée comme la seule capable de gérer, de manière globale, le patient au sein de notre système de santé (Bischoff 2012). Cette bonne nouvelle soulève aussi la question de la formation continue du médecin installé, dont le bagage et l'expérience de terrain, couplée à la « rigueur » académique et aux perspectives de

recherche à venir, laisse augurer, enfin, une pleine reconnaissance de cette « spécialité » exigeante et passionnante.

Les mondes profanes

Le médecin de premier recours est régulièrement confronté à des patients dont les attitudes, les comportements et les discours, le trouble, l'interroge et le laisse perplexe. Il est possible que ces patients défendent une vision différente concernant les causes et les manières de traiter le problème qui les amène à consulter. Ce regard profane porté sur les désordres affectant l'état de santé s'articule autour d'idées, de croyances, populaires, et plus largement, de représentations sociales qu'ont longuement étudiées les sociologues et psycho-sociologues. Ce sens « caché » au regard du médecin peut parfois jouer des tours et compromettre la qualité des prises en charge. Un cas particulièrement parlant est celui de l'hypertension artérielle et de son traitement. Une étude récente tend à impliquer de manière forte ces représentations profanes comme facteur d'échec de prise en charge. (Marshall 2012). On sait en effet que la majorité des patients atteints d'hypertension (maladie répandue ayant la caractéristique d'être asymptomatique) sont insuffisamment traités. Parmi les raisons majeures à cet échec, on trouve les problèmes de non adhérence au traitement. Partant de l'hypothèse que la compréhension et l'expérience de l'hypertension que possèdent les patients contribuent aux problèmes d'adhérence, une équipe de chercheur a procédé à une revue systématique d'études qualitatives abordant ce sujet et menées auprès de personnes connues principalement pour ce diagnostic. Retenant 59 articles issus de 53 études menées dans 16 pays différents (tant du Nord que du Sud), les auteurs ont effectué une analyse thématique des données. Les domaines retenus pour cette revue comprenaient : la compréhension que les répondants avaient des causes et effets de l'hypertension ; l'attitude envers les médicaments ; les effets sur l'hypertension de facteurs tels que le stress ou l'alimentation. Il ressort de cette analyse

que le stress est souvent perçu à la fois comme cause et conséquence de l'hypertension. Cette dernière produit volontiers des symptômes tels que maux de têtes, vertiges, palpitations et sudations. De ce fait les répondants ont tendance, et ce quel que soit le pays ou le groupe ethnique considéré, à modifier par eux-mêmes leur traitement en fonction des symptômes, du niveau de stress ou de préoccupations ressentis. Cette non-adhérence « intentionnelle » se trouve également fréquemment rapportée en raison de la peur d'effets secondaires ou de l'accumulation du ou des traitements prescrits.

Les résultats de cette revue d'études qualitatives appuient l'idée d'une médecine soucieuse de mettre la parole et les explications du patient au centre du raisonnement clinique. Ce faisant il devient permis de travailler, avec ce dernier, à de nouveaux objectifs (l'hypertension ne provoque pas de symptômes, le traitement doit être pris en continu) et de s'attarder sur les sensations et ressentis non en lien avec l'hypertension (palpitations, vertiges, sudations).

Conclusion

La sociologie, à l'instar d'autres *Medical Humanities*, a contribué à ouvrir les yeux de la médecine pour lui permettre de corriger ses errances épistémologiques. De par sa faculté à éclairer tout ce qui touche in fine à la condition humaine, elle m'a fourni, en tant que médecin, de précieux outils que je n'hésite plus à qualifier de cliniques. L'enseignement interdisciplinaire proposé par ces *Humanities* est essentiel à l'analyse de cette complexité en médecine; il devrait se dispenser en rendant plus perméables les frontières facultaires, ceci tant au niveau pré- que post-gradué. Sur le terrain et dans une optique appliquée, ces années passées à la CASMCO m'ont donné l'opportunité de travailler avec des assistants sociaux qui m'auront initié à ce complexe système suisse d'assurance sociale et de santé. Cette collaboration professionnelle,

autour de prises en charge commune, est centrale, nécessaire, et promise à bel avenir en ces temps de crise économique. Les constats du terrain, que relayeront sans doute sociologues et chercheurs en santé publique, ne sont en effet pas réjouissants: accentuation des inégalités sociales face à la santé, renoncement aux soins pour des raisons économique, ou encore inquiétante mise en question du système de protection sociale. Lutter contre ces tendances doit devenir une priorité. La médecine générale, de par sa position dans nos systèmes de soins, est toute désignée pour soutenir et défendre ce projet politique. Il est plus que probable qu'elle soit supportée, dans cette lutte, par nombre de sociologues inquiets et motivés.

Références

- Balint Michael (1973) *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, petite bibliothèque Payot.
- Berger Peter L (1973) *Comprendre la sociologie*, Paris, Centurion-Resma.
- Bischoff Thomas et al. (2011) Le médecin de famille: acteur, observateur et témoin, *Revue Médicale Suisse*, 295, 1067.
- Herzlich Claudine (1975) *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, La Haye, Mouton.
- Marshall Iain J et al. (2012) Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research, *British Medical Journal* Jul 9, 345:e3953. doi: 10.1136/bmj.e3953.
- Peabody Francis W (1927) The care of the Patient, *Journal of the American Medical Association*, 88, 877–82.
- Swartz Mark-H (1991) *Manuel de diagnostic clinique. Anamnèse et examen*, Québec, Edisem/Maloine.
- Wilson Tim & Holt Tim (2001) Complexity and clinical care, *British Medical Journal*, 323, 685–88.

La sociologie peut-elle contribuer à améliorer la qualité des soins ?

Pierre Chopard (médecin-adjoint agrégé, Service qualité des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève)

Jeune médecin-interne, la représentation que j'avais de la qualité était simple. Je parlais du principe que la qualité était essentiellement dépendante des professionnels de soins (médecins, infirmières). Leurs compétences, mises en œuvre de façon rationnelle, devaient être les garantes de la qualité des soins. Je m'aperçus par la suite que les professionnels de soins n'étaient pas une entité homogène. Les infirmières n'avaient pas entièrement les mêmes valeurs professionnelles que nous autres médecins, elles n'avaient pas forcément les mêmes objectifs que les nôtres et ne pensaient pas totalement « comme nous ». Je découvris également que ces différences de valeurs, d'objectifs, se retrouvaient au sein même de la profession médicale, par exemple entre chirurgiens et anesthésistes ou entre généralistes et spécialistes. Les tensions, conflits, incompréhensions au sein d'une « équipe médico-infirmière » pouvaient être le révélateur de ces différences implicites qui étaient à même de porter atteinte à la qualité des soins.

Quel ne fut pas mon étonnement de m'apercevoir quelques années plus tard, au cours de mon master en administration des services de santé, que la culture des organisations était un champ de recherche à part entière et que le monde des organisations avait été très largement exploré par les sciences humaines et sociales. Les travaux de Mintzberg (1990) décrivant les différents types d'organisation et leurs modes de régulation, les recherches de Crozier et de Friedberg (1997) sur les relations de pouvoir, les théories sur l'apprentissage organisationnel (Argyris & Schön 1978) et les mécanismes de production de la connaissance (Nonaka 1994) sont fascinants et apportent un éclairage utile à la compréhension du fonctionnement des organisations y compris hospitalières.

Ces recherches étaient hélas largement ignorées du monde médical.

En 2000, l'Institut de médecine (IOM) aux Etats-Unis publia un rapport sur la sécurité des soins intitulé « *To Err Is Human: Building a Safer Health Care System* » (Corrigan & Donladson 2000) qui était accablant. Le pourcentage de patients admis à l'hôpital et victimes d'un événement indésirable grave¹ au cours de leur hospitalisation oscillait entre 2.9 et 16.6 pourcent. L'IOM valida les chiffres selon lesquels entre 50 000 et 100 000 Américains décédaient chaque année des suites d'une erreur médicale rien qu'en milieu hospitalier. En extrapolant à la Suisse, cela représentait entre 700 et 1 700 décès annuels (Swiss Foundation for Patient Safety 2010). L'IOM ne faisait cependant que rendre public des chiffres qui étaient restés jusqu'alors confinés dans un débat d'experts autour des méthodes de mesure et sur leurs biais potentiels. Le rapport de l'IOM réorienta complètement le débat, passant du « comment mesurer » au « comment réduire les risques » et ainsi améliorer la sécurité du patient. La sécurité des soins était devenue un enjeu public. Un an plus tard, l'IOM publiait un second rapport « *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* » (Committee on Quality of Health Care in America 2001). Ce rapport évaluait globalement la qualité des soins en prenant en compte non seulement la sécurité mais également ses autres dimensions à savoir l'accès aux soins, la coordination, l'équité, la prise en compte des valeurs des patients, l'efficacité et l'efficience. Tout en révélant une situation bien plus catastrophique que supposée, ce rapport donnait également des perspectives d'amélioration pour

1 Préjudice en lien avec l'activité médicale et non avec l'évolution de la maladie du patient.

les systèmes de santé. Il apparaît que nombre d'entre elles se situent dans le domaine de recherches des sciences sociales. Prenons par exemple la « culture sécurité »² des professionnels de soins. Pratiquement méconnue jusqu'à la publication des rapports de l'IOM, les hôpitaux ont commencé à la mesurer tout d'abord aux Etats-Unis³ et plus récemment en France suite aux recommandations de la Haute Autorité de Santé⁴ et en Suisse (Ausserhofer et al. 2012, Schwendimann et al. in press, Ausserhofer et al. in press). Au vu des résultats qui indiquent globalement une culture de la sécurité centrée sur la seule compétence individuelle, les hôpitaux doivent mettre en place des formations pour progressivement changer les valeurs des professionnels de soins et leur approche de l'erreur. De nouvelles stratégies doivent être développées pour faciliter la déclaration des événements porteurs de risque et leurs analyses, passer d'une approche individuelle à une approche systémique de la sécurité, et développer une culture « équitable » de l'erreur délimitant ce qui est acceptable de ce qui ne l'est pas. Ces changements organisationnels constituent indiscutablement un champ de recherche auquel les sciences sociales se doivent de contribuer de par leurs expertises. Mais cette contribution ne se limite pas à la seule dimension « sécurité » de la qualité des soins. Les autres dimensions, notamment la coordination et la communication entre professionnels de soins ainsi que la prise en compte des valeurs du patient et son implication sont d'autres domaines dans lesquels les sciences sociales peuvent apporter un regard utile. Des travaux conduits au sein des hôpitaux universitaires de Genève ces dernières années sur la culture qualité (Hudelson

et al. 2008), le regret ressenti par les professionnels de soins suite à la survenue d'une complication (Courvoisier et al. 2011) ou encore les interactions entre professionnels aux blocs opératoires (Cullati et al. 2011) ont tous été conduits par des équipes de recherche multidisciplinaires dans lesquelles étaient impliqués des chercheurs issus des sciences sociales (sociologue, anthropologue par exemple).

Dans des systèmes de soins en pleine mutation, de plus en plus complexes, une meilleure compréhension de leurs interactions grâce à l'apport des sciences sociales permettra à ces dernières de participer directement à l'amélioration de la qualité des soins.

Références

- Argyris Chris & Schön Donald A (1978) *Organizational Learning: a theory of action perspective*, Reading, MA, Addison-Wesley.
- Ausserhofer Dietmar et al. (in press) The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*.
- Ausserhofer Dietmar et al. (2012) Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals: a descriptive-exploratory substudy of the Swiss RN-4CAST study, *Swiss Medical Weekly* 142:0.
- Committee on Quality of Health Care in America, I.O.M (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington DC, National Academy Press.
- Corrigan Janet M & Donaldson Molla S, (eds) (2000) *To Err Is Human: Building a Safer Health Care System*. Washington DC, National Academies Press.
- Courvoisier Delphine S et al. (2011) Regrets associated with providing healthcare: qualitative study of experiences of hospital-based physicians and nurses, *PLoS One* 6(8), e23138.
- Cullati Stéphane et al. (2011) How the Surgical Safety Checklist is conducted? An observational study of social interactions in the operating

2 Un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins (European Society for Quality in Health Care cité par Haute Autorité de Santé, culture de la sécurité, 2011).

3 Agency for Health Care Research and Quality

4 Haute Autorité de santé

- rooms. Présentation orale 28ème congrès ISQUA octobre 2011, Hong-Kong.
- Friedberg Ehrard (1997) *Le pouvoir et la règle*, Paris, Editions du Seuil.
- Hudelson Patricia et al. (2008) What is quality and how is it achieved? Practitioners' views versus quality models, *Quality and Safety in Health Care*, 17, 31–6.
- Mintzberg Henry (1990) *Le Management, Voyage au centre des organisations*, Les éditions d'organisation.
- Nonaka Ikujiro (1994) A dynamic theory of organizational knowledge creation, *Organization Science* 5(1), 14–37.
- Schwendimann René et al. (in press) Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study, *BMJ Quality & Safety*.
- Swiss Fondation for Patient Safety (2010) *Patientensicherheit Schweiz – avanti!* Zürich, Fondation pour la sécurité des patients.

Erfolge und Misserfolge in der Zusammenarbeit zwischen Soziologie und Medizin

Carlos Quinto (Hausarzt, Praxis Pfeffingen und Lehrbeauftragter, Chronic Disease Epidemiology Unit, Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel)

Erfolgreiche Zusammenarbeit bedingt wechselseitiges Verständnis, eine gemeinsame Sprache oder zumindest ein teilweises Verständnis und eine Offenheit gegenüber der Sprache der anderen Disziplin. Grundlegende Diskrepanzen zwischen Soziologie und Medizin bestehen insofern als die Soziologie akademisch bei den Sozialwissenschaften verortet wird und vom Forschungsansatz her qualitative und quantitative Ansätze Verwendung finden. Medizin, wenn auch ein biopsychosoziales Konzept seit Jahrzehnten unterrichtet und in der Praxis gelebt wird, jedenfalls in der Hausarztmedizin, ist anders verortet. Es dominiert umso mehr naturwissenschaftliches Denken, je technischer und spezialisierter eine medizinische Subdisziplin ist. Es finden in erster Linie quantitative Forschungsansätze Verwendung. Diese Differenzen können zu Missverständnissen führen.

Die Möglichkeit einer Begegnungsplattform zwischen beiden Wissenschaften bietet zum Beispiel das Fach "Public Health". Seit Anfang der 90ziger Jahre gibt es in der Schweiz ein Weiterbildungsprogramm "Public Health" auf Postgraduiertenebene, das von Fachleuten beider Disziplinen besucht wurde und wird. Dies kann als Erfolg verbucht werden.

Wie steht es in der Individualmedizin? Die Tätigkeit umfasst helfen, zuerst einmal zuhören. Anamnese, gezielte körperliche Untersuchung und bei Bedarf weiterführende, technische Untersuchungen. Informieren, beraten, motivieren, begleiten, Beschwerden lindern, heilen. Wahrscheinlichkeiten etwas verschieben, um Leid und Tod, respektive Morbidität und Mortalität zu verringern oder abzuwenden, sofern es sich um vermeidbare oder beeinflussbare Ursachen handelt.

Bei allem medizinischen Handeln darf die Freiheit und die Würde des Menschen nicht ausser Acht gelassen werden. Es gibt schwierige Situationen, in welchen individuelles Wohl und Allgemeinwohl gegeneinander abzuwägen sind.

Schon zu Beginn, in der Anamnese, in der Sozialanamnese, ist die Wahrnehmung und Erfassung des sozialen Kontextes von grosser, manchmal sogar von entscheidender Bedeutung hinsichtlich des weiteren Vorgehens. Schon Rudolf Virchow meinte 1848: «Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medizin im Grossen.» (Virchow, 1848).

Während der beruflichen Tätigkeit, sei es noch während der Weiterbildungsphase auf Notfallstationen oder später als Hausärztin/-arzt in eigener Praxis ist es eine alltägliche Erfahrung, dass Angehörige aus unteren Sozialschichten, respektive bildungsfernen Schichten, oft auch verbunden mit spärlicheren ökonomischen Ressourcen, gehäuft zu früh oder zu spät kommen. Zu früh, da sie nur über beschränkte Ressourcen verfügen, gewisse Probleme selbst zu lösen und zu spät, da sie die Ernsthaftigkeit gewisser Beschwerdebilder nicht einzuordnen vermögen. Es gibt nur einen Ort, an dem es noch schlimmer ist zu sparen als beim Gesundheitswesen: Bei der Bildung.

Soziologie und Medizin teilen sich gemeinsam einen Misserfolg: Am schwersten wiegt, dass gemeinsame, grundlegende Erkenntnisse der beiden Disziplinen, die für eine nachhaltige Entwicklung unserer Gesellschaft von Bedeutung sind, nicht erfolgreich genug in die Politik eingebracht werden. Beachtung finden primär ökonomische Konzepte, die zu sehr betriebswirtschaftlich und zu wenig volkswirtschaftlich orientiert sind. Diese richten

sowohl im Gesundheits- wie auch im Bildungswesen beträchtlichen Schaden an (Binswanger, 2010), ganz zu schweigen von den allgemeinen gesellschaftlichen Auswirkungen. Die zunehmende soziale Ungleichheit ist nach Sir Michael Marmot, Balzan Preisträger 2004 für Epidemiologie, in einer am 29. August 2012 an der Universität Zürich gehaltenen Rede, die Folge einer "toxic combination of poor social policies and programmes, unfair economic arrangements and bad politics". Berichte, die von der WHO und der britischen Regierung in Auftrag gegeben wurden, zeigen eindrückliche Resultate (Marmot 2008, Marmot 2010). Eine Anhebung des Pensionierungsalters über alle Berufsgruppen und Sozialschichten wird zu einer Zunahme sozialer Ungleichheit und Elend führen, denn die Lebenserwartung und insbesondere die Lebenserwartung ohne relevante gesundheitliche Beeinträchtigung sind sehr ungleich verteilt.

Wird das Pensionierungsalter von 65 auf 68 Jahre angehoben, wird ein weiteres Drittel der Bevölkerung in England das Pensionierungsalter nur mit relevanten gesundheitlichen Einschränkungen erreichen, ein zunehmender Teil wird eine Invalidenrente oder bei Ablehnung derselben Sozialhilfe beziehen müssen. Es ist illusorisch zu meinen, dass Armut ausgerottet werden könnte oder dass alle gleich sind. Es geht nur darum, den zunehmenden sozialen Gradienten auf ein Mass zu reduzieren, dass mit gutem Gewissen von Fairness gesprochen werden kann. Die Marmot Review von 2010 sollte auch hierzulande Pflichtlektüre sein für Politiker und Politikerinnen aller Politikbereiche, denn beispielsweise die Finanz- und Steuerpolitik hat keinen geringeren Einfluss als die Sozial- und Gesundheitspolitik. Soziologie wie auch die Medizin müssen sich dagegen wehren, eine Feigenblattfunktion zu übernehmen in wirtschaftlich neoliberal orientierten Staatswesen.

Als Meilenstein für Medizin und Soziologie kann die Publikation des Buches "Social Determinants of Health" gewertet werden (Marmot & Wilkinson, 2006). Eindrücklich sind Zusam-

menhänge zwischen der Einkommensverteilung des reichsten Prozents der Bevölkerung und den Weltwirtschaftskrisen. Eine Videoaufzeichnung des Plenarvortrags von Sir Michael Marmot "Reducing Inequality in Health in Europe – progress in policies?" an der europäischen Public Health Konferenz von 2011 in Kopenhagen findet sich auf youtube (Marmot 2011).

Die internationalen Gesundheitsförderungskonferenzen, inklusive die letzte WHO Konferenz von Rio vom 19.–21. Oktober 2011 über soziale Determinanten von Gesundheit treten an Ort, liefern auf Betreiben einiger Staaten schöne Worte und möglichst wenig Verbindliches für eine nachfolgende praktische Umsetzung (WHO 2011). So wird es zumindest von der an der Konferenz anwesenden Internationalen Federation der Vereinigungen Medizinstudierender perzipiert. Die Regierungen sind zu keinen substantiellen Zugeständnissen bereit, die soziale Ungleichheit wirklich zu reduzieren. Ein Bruchteil des Geldes, dass seit 2008 global zur Rettung von Banken und risikofreudigen Anlegern durch uns alle, den Steuerzahlern, bereitgestellt wurde, hätte gereicht, um den Spalt zu schliessen. "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health", lautete der Titel eines 2008 von der WHO publizierten Berichtes (Marmot 2008).

Die Schweiz ist zwar noch gut positioniert, Verbesserungspotential besteht auch bei uns (Huwiler 2002, Wiedenmayer 2009). Denn seit 20 Jahren fährt der Zug in die falsche Richtung. Seit Beginn der 90ziger Jahre öffnet sich die soziale Schere zwischen Arm und Reich auch in der Schweiz (Mäder 2010). Soziale Ungleichheit ist auch in der Schweiz von grosser medizinischer Aktualität. So lautet der Titel des Editorials des Schweizerischen Medizinforums vom 12.9.2012 (de Torrenté, 2012) «Besser reich und gesund ...». Das Editorial bezieht sich auf eine Querschnittsstudie aus Schottland, welche die Zusammenhänge zwischen Multimorbidität, gliedert nach psychischen und somatischen

Erkrankungen und sozioökonomischen Status, untersucht hat (Barnett, 2012). In der Altersgruppe der 50–54jährigen sind 36.8% der Dezile mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status gegenüber 18.3% der Dezile mit dem höchsten sozioökonomischen Status von Multimorbidität betroffen. Der Artikel endet mit einem Plädoyer dafür, dass das Gesundheitswesen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich wieder mehr Generalisten benötigt, um dieser Multimorbidität adäquat begegnen zu können. Aber was ist die gegenwärtige Realität? Seit 2008 sollten alle Politiker und Politikerinnen in der Schweiz wissen, vorausgesetzt sie können französische Texte lesen und kennen das Schweizerische Gesundheitsobservatorium, dass wir in einen Generalisten-, sprich Hausärztemangel hineinlaufen mit Millionen von nicht abgedeckten Konsultationen (Seematter-Bagnoud, 2008). Ein Ersatz durch Pflegekräfte ist leider auch nicht möglich, da auch von diesen tausende fehlen werden (Jaccard Ruedin, 2009), wie 2009 publiziert wurde. Mit einer Latenz von 10 Jahren, ab 2018 gedenken die Universitäten 300 Medizinstudentinnen und -studenten mehr auszubilden, von denen dann nur ein Bruchteil Hausärztin werden dürfte, sofern sich an den aktuellen Anreizen nichts ändert. Fazit der aktuellen Gesundheitspolitik: Zu wenig und zu spät, aber wenigstens nicht mehr in die falsche Richtung, wie unter dem Vorvorgänger des jetzigen Bundesrats. Die damalige Politik hat unter anderem dazu geführt, dass die Arbeitszufriedenheit unter Aerzten, an einer Genfer Stichprobe untersucht, zwischen 1998 und 2007 massiv abgenommen hat (Perneger, 2012). Veränderung tut Not, damit die Betreuungsqualität der Patientinnen und Patienten nicht leidet, Aerzte sich nicht umorientieren oder früher aufhören und junge Menschen weiterhin den Beruf wählen. Alles Entwicklungen, die den sich abzeichnenden Mangel an Generalisten zusätzlich verschärfen werden.

Übrigens der Kern des Problems wird schön und einfach in einem Lied von Mani Matter (1989)

auf den Punkt gebracht: «Dene vos guet geit». Hören Sie mal rein!

Literatur

- Barnett Karen, Mercer Stewart W, Norbury Michael, Watt Graham, Wyke Sally, Guthrie Bruce (2012) Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*; 380: 37–43.
- Binswanger Mathias (2010) Sinnlose Wettbewerbe. *Warum wir immer mehr Unsinn produzieren*. Herder, Freiburg i.B.
- Huwiler Karin, Bichsel Manuel, Junker Christoph, Minder Christoph E, Calmonte Roland (2002) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997*. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.
- Jaccard Ruedin Hélène, Weaver France (2009) *Ageing Workforce in a Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?* Webpublikation, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Careum, -Neuchâtel.
- Kouvonen Anne, De Vogli Roberto, Stafford Mai, Shipley Martin J, Marmot Michael G, Cox Tom, Vahtera Jussi, Väänänen Ari, Heponiemi Tarja, Singh-Manoux Archana, Kivimäki Mika (2012) Social support and the likelihood of maintaining and improving levels of physical activity: the Whitehall II Study. *European Journal of Public Health*, Vol 22, No. 4, 514–518.
- Mäder Ueli, Aratnam Ganga Jey, Schilliger Sarah (2010) *Wie Reiche denken und lenken*. Rotpunktverlag, Zürich.
- Marmot Michael (2011) *Reducing Inequality in Health in Europe – Progress in Policies?* Plenum 2, European Public Health Conference, Copenhagen 2011. Link: http://www.youtube.com/watch?v=zd-N0ZHfqCM&feature=player_embedded#! Letzter Zugang am 15.09.2012.

- Marmot Michael et al (2010) *Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010*. The Marmot Review.
- Marmot Michael, Friel Sharon, Bell Ruth, Houweling Tanja A J, Taylor Sebastian (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*; 372: 1661–69.
- Marmot M, Wilkinson Richard G (2006) *Social Determinants of Health*, 2nd Ed. Oxford University Press, Oxford.
- Matter Mani (1989) «Dene wos guet geit». Auf CD: «I han es Zündhölzli azündt». Zytglogge Verlag, Oberhofen.
- Perneger Thomas V, Deom Marie, Cullati Stéphane, Bovier Patrick A (2012) Growing discontent of Swiss doctors, 1998–2007. *European Journal of Public Health*, Vol 22, No. 4, 478–483.
- Seematter-Bagnoud Laurence, Junod Julien, Jaccard Ruedin Hélène, Roth Maik, Foletti Claudia, Santos-Eggimann Brigitte (2008) *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l’horizon 2030*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- De Torrenté Antoine (2012) *Besser reich und gesund ...* Schweiz Me Forum; 12(37): 704. 12.9.2012.
- Virchow Rudolf (1848) *Der Armenarzt*. Aus: Die medicinische Reform. 18: 125.
- WHO (2011) *Summary Report*. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, 19.–21. Oktober.
- Wiedenmayer Gabriele, Lieberherr Renaud, Marquis Jean-François (2009) *Soziale und gesundheitliche Ungleichheit in der Schweiz. Datengrundlage: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007*. Vortrag an den Schweizer Statistiktagen, Genf, 29.10.2009.

Patientin oder Kundin? – eine existentielle Frage

Ziltener Erika (Präsidentin, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen)

Einleitung

Der Trend zur Ökonomisierung der Medizin hält an, fördert die Medikalisierung und wirkt sich gravierend auf die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten aus. Die Schwellen der Normwerte von Krankheitsparametern werden gesenkt oder zu tief angesetzt, um früher medikamentös eingreifen zu können. Bevor sie überhaupt ausbrechen werden Krankheitsrisiken diagnostiziert und behandelt. Nicht mehr der leidende Mensch steht im Zentrum, sondern die Kosteneffizienz oder gar die Ertragsaussichten. Die Patientin wird zur Kundin, heftig umworben, von den Leistungserbringern. Diese schaffen Wettbewerb und Markt. Mit gravierenden Auswirkungen. Der Kundin wird die Verantwortung für das gekaufte Produkt überbürdet. Medizin folgt keiner Eigengesetzlichkeit, sondern den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Diese Bedürfnisse können körperlicher, seelischer oder wie aus der plastischen Chirurgie hinreichend bekannt, dem Zeitgeist entsprechend sein. Der Begriff «Medizin» aus Patientensicht umfasst nachfolgend die Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheiten, welche die Lebensqualität oder die Lebensdauer des einzelnen Menschen verringern.

Die Bedürfnisse werden heute zunehmend auch aus wirtschaftlichen Interessen geschaffen. Jede von der Patientin erfragte Leistung, muss ein Leistungserbringer vorgängig geäußert haben. So weiss eine Patientin in der Regel nicht, mit welchen Untersuchungen eine Diagnose gestellt werden kann.

Die Patientinnen und Patienten treiben die Kosten im Gesundheitswesen in die «Höhe». Diese Annahme hat sich als kollektiver Vorwurf der Anspruchshaltung in der Gesellschaft manifestiert. Jede Patientin und jeder Patient wolle bei

Krankheit nur die neueste, beste und somit teuerste Medizin; sie oder er wolle gar einen Gegenwert für die bezahlten Prämien.

Wie soll die Medizin dem heutigen Menschen begegnen? Wie soll ein «Patienten zentriertes Gesundheitswesen» aussehen? Wer definiert die Rolle der Patientin? Wer setzt die ethischen Grenzen der Medizin? Forschen die einen und die anderen müssen ungeachtet der eigenen Bedürfnisse nachziehen? Welchen Stellenwert erhält die Lebensqualität?

Die Ärztin soll die Patientin dort abholen, wo sie sich befindet, mit ihren Ressourcen, ihren sozialen Kompetenzen und ihrem Umfeld (Ziltener, 2007). Dabei steht die Würde und Autonomie der Patientin im Zentrum. Diese Haltung verbindet die verschiedenen geistes- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen. Der Blick muss über den Gartenzaun des eigenen Fachgebietes hinausgehen, um eine ganzheitliche, humanistische Sicht auf komplexe Fragestellungen zu erhalten. Antworten müssen deshalb im Diskurs mit diesen Disziplinen gefunden werden.

Die Patientin wird zur Kundin

Das paternalistische Rollenverständnis der Patientinnen und Patienten war bis weit in die 1970er Jahre gültig. Es basierte auf unmündigen kranken Menschen. Erst langsam setzte ihre Befreiung aus der Unmündigkeit hin zu mehr Autonomie und Mitsprache ein.

Parallel dazu versuchte jedoch der Begriff der Kundin, die Patientin zu verdrängen. Bis weit in die 1990er Jahre wurde der Begriff der Kundin mit dem Argument begründet, nur dadurch sei die Patientin «auf gleicher Augenhöhe» mit den Ärztinnen und Ärzten. Der Übergang von Patientin zur Kundin und somit zur Kaufkraft, findet mit der Ökonomi-

sierung des Gesundheitswesens statt. Sie legitimiert das Angebot der Leistungserbringer, welche in erster Linie wirtschaftliche Interessen verfolgen.

Eine Kundin kann alles kaufen; ein neues Hüftgelenk, ein weiterer Zyklus Chemotherapie, ein MRI oder eine Magenspiegelung. Erstes Kriterium ist die Auswahl nicht die Qualität der medizinischen Behandlung. Treten Komplikationen auf, verweist der Leistungserbringer auf die, von der Patientin gewählten und «bestellten» Behandlung, für welche sie nun selbst verantwortlich ist.

Die Kundin soll das passendste Produkt auswählen können. Bei einem neuen Kühlschrank kann die Kundin ihr Produkt wählen. Welche Kriterien aber gelten bei der Behandlung von Brustkrebs? Wie soll die Patientin eine Qualitätsauswahl treffen? Denn weder sind die Leistungserbringer zur Qualitätssicherung verpflichtet, noch ist diese transparent. Und schliesslich fehlt der Patientin das Fachwissen.

Die Vorstellung des Patienten als Kunden behagt vielen Ärztinnen und Ärzten nicht. Zu Recht. Das traditionelle Arzt-Patienten-Verhältnis basierend auf Vertrauen kann dem skizzierten Modell nicht entsprechen. Ist der Patient Kunde, dann ist der Arzt Anbieter, Dienstleister, Gewerbetreibender. Der Kunde darf und muss Preis-Leistungsvergleiche einholen. Ad absurdum führt das, wenn – wie in einer Ärztezeitung vorgeschlagen – eine Patientin das Spital für eine spitzenmedizinische Behandlung selber auswählen soll, weil die Operateure eine zu tiefe und der Qualität abträgliche Fallzahl dieser Behandlung mit Wettbewerb zu legitimieren versuchen.

Eine Patientin ist ein Mensch – nie soll sie zur blossen Kundin werden, wie in einem Warenhaus: «Wähle aus, es ist dein Leben», verdient nicht den zwar etwas angekratzten, aber immer noch besonderen Titel eines Doktors» (Oelz 2012). Mit diesem Zitat bringt es Oswald Oelz, ehemals Chefarzt des Spitals Triemli, Zürich auf den Punkt.

Hierzu äussert sich auch die Gesundheitssoziologie kritisch, indem sie die Auswirkungen des

Wettbewerbs auf den Status der Patientin aufzeigt und dabei betont, dass sich der «normale» Arzt nicht als Gewerbetreibende verstehe.

Die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten

Die Patientinnen und Patienten können die Mitverantwortung für ihre Behandlung übernehmen, wenn sie dazu befähigt werden. Gesundheitskompetenz könnte hier als Schlüsselbegriff dienen: «Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit der Einzelnen oder des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gemeinschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, auf dem Marktplatz und in der Gesellschaft ganz allgemein» (Kickbush, 2006).

Gesundheitskompetenz setzt für eine mündige Entscheidung für oder gegen eine Operation oder Untersuchung unabhängige, umfassende und verständliche Informationen voraus. Aufgrund der Komplexität des Gesundheitswesens ist deshalb oft Unterstützung von unabhängiger Stelle oder möglichst objektiven Fachpersonen notwendig.

Wirtschaftliche Interessen im Vordergrund

Von allen Seiten wird unablässig betont, die Patientinnen und Patienten würden im Zentrum stehen. Die – zwar unverbrieften – Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sind an sich bekannt. Die heutigen Finanzierungsmodelle der Gesundheitsversorgung klammern die Bedürfnisse hingegen weitgehend aus. Diese sind fast ausschliesslich auf einen Interessenausgleich zwischen den verschiedenen Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt ausgerichtet, wobei sie nicht selten von verschiedenen Seiten instrumentalisiert werden.

Allen voran durch die Pharmaindustrie und die Medizintechnologie ist eine Dynamik zu beobachten, den gesunden Menschen von seinen vermeintlichen gesundheitlichen Defiziten zu überzeugen. Die Supporter der Medikalisation

der Gesellschaft sind die Medien und das Marketing. Dazu werden negative Wirkungen und Unsicherheiten bei neuen Therapien und Technologien unterschlagen und ein zu positives Bild gezeichnet. Werbung will den Kunden, nicht den leidenden Patienten anziehen. Der Arzt, der dieser Kundenerwartungen entspricht, bewegt sich auf der Ebene des Gewerbetreibenden. Coca-Cola hat keine Verpflichtung, alle Dürstenden dieser Welt zu stillen. Coca-Cola stillt nur den Durst derer, die sich das Getränk leisten können. Der Arzt, der das Gesundheitswesen als Gewerbe versteht, hat keine Verpflichtung mehr, die bestmögliche Behandlung anzubieten.

Wenn Fachkreise plötzlich die Patientin ins Zentrum stellen, kann das misstrauisch machen. Denn es kann ein wirtschaftliches Interesse des Leistungserbringers oder ein Abschieben der Verantwortung auf die Patientin bedeuten. Im Patientendossier findet sich diese Aussage wie folgt: «Chemotherapie auf Wunsch der Patientin.» (Patientenstelle Zürich, 2010–2012).

Forschungen in der Gesundheitssoziologie bestätigen diesen Trend, jedoch lässt sich nicht ausmachen, wie stark diese Strömung bereits ist.

Die Veränderungen prägen die Gesellschaft

Einst bestimmten die Ärztinnen und Ärzte, welche Gesundheitsleistungen der Bevölkerung zuträglich sind. Heute liegt die Definitionsmacht derselben zunehmend bei den Ökonominnen, Ökonomen, der Medizintechnologie, den Medien und der Pharmaindustrie. Diese Veränderungen produzieren Spannungsfelder für die Patientinnen und Patienten. Wie die Erfahrungen an den Patientenstellen zeigen, fühlen sich diese der Medizin zunehmend schutzlos ausgeliefert und mit ihren Fragen alleine gelassen. «Der Arzt wirkt nicht länger als bedingungsloser Vertrauter und Anwalt seines Patienten, sondern ist Verwalter und Verteiler begrenzter und klar definierter medizinischer Ressourcen. Ökonomische Zwänge drohen in medizinische Rationierung und

in eine ethisch unvorstellbare und inakzeptable Zweiklassenmedizin auszuarten» (Frey, 2007).

Schlussfolgerung

In der Gesundheitsversorgung und in der individuellen medizinischen Behandlung treffen mit der Ärzteschaft und den Patientinnen und Patienten zwei Welten aufeinander, die eine gemeinsame für beide Parteien tragfähige Basis haben müssen. Diese Basis kann nur das Vertrauen sein. Die Patientin vertraut sich einer, von wirtschaftlichen Zwängen unabhängige Ärztin an und erwartet die für sie optimalste Behandlung. Die Ärztin trägt die Hauptverantwortung, während sich die aufgeklärte und mündige Patientin aktiv an ihrer Behandlung beteiligt.

Letztlich geht es um den Erhalt des Status der Patientin, des Patienten als leidende Menschen, für deren Behandlung die Gesellschaft die ethische Verantwortung trägt. Dazu sollte die zwar begonnene, aber stark zu vertiefende kritische Auseinandersetzung der Geistes- und Sozialwissenschaften mit der Ökonomisierung in der Gesundheitsversorgung der Gesellschaft und der Patientin und des Patienten im Besonderen beitragen.

Literatur

- Frey Felix (2007) *Medizin – ein Allgemeingut. Eine Absage an die Zweiklassenmedizin*, Referat, Dies academicus, Bern.
- Kickbush Illona (2006) *Regionale Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Schweiz*. Bern.
- Oelz Oswald (2012) Von der Harnbeschau zur EBM: das Ende der ärztlichen Kunst. *VSAO-Zeitschrift*. 31, 4: 27–28
- Patientenstelle Zürich (2010–2012) *Patientinnen und Patientendossiers*.
- Ziltener Erika (2008) Die Rolle der Patientin in der Zukunft. In Oggier, Willy; Walter, Anderas; Reichlin, Serge; Egli, Michael (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch*. Sursee: Trend Care.

Angewandte Soziologie im Gesundheitsbereich: Erfahrungen aus der Praxis

Maja Mylaeus-Renggli (Leitung Ressort Qualität Spitex Verband Schweiz)

Die Bedeutung soziologischer Erkenntnisse für die Medizin ist bereits seit längerem hinreichend bekannt. Einerseits findet die Behandlung des Menschen immer in einem psychosozialen Kontext statt, in Interaktion zwischen Personengruppen und in bestimmten räumlichen und sozialen Arrangements, die das Befinden, das Verhalten und damit auch den Krankheitsverlauf beeinflussen. Andererseits wird das Gesundheitssystem, das den Rahmen für die medizinische Ausübung bietet, geprägt durch politische und finanzielle Bedingungen, sowie durch organisatorische Faktoren wie beispielsweise die Aufgabenteilung. Dadurch legt das System nicht nur den Handlungsspielraum für die einzelnen Akteure fest, sondern setzt auch Anreize, die das Verhalten der Akteure, mit dem Ziel der individuellen Nutzenmaximierung, beeinflussen. Neben der wissenschaftlichen Bearbeitung dieser Themenfelder bietet die Gesundheitssoziologie auch eine eigenständige Methodologie.

In beiden genannten Themenfeldern kam es in den letzten Jahrzehnten zu wesentlichen Veränderungen.

- › Die Menschen leiden vermehrt an chronischen Krankheiten, bei denen keine vollständige Heilung mehr möglich ist. Damit verschiebt sich der Schwerpunkt der Behandlung von akuter Intervention im stationären Setting hin zur fortlaufenden Behandlung im ambulanten Bereich. Die Behandlung wird Teil des täglichen Lebens des Betroffenen, was den gegenseitigen Einfluss von Verhalten, Befinden und Krankheitsverlauf verstärkt. Das Arbeiten mit dem Patienten anstelle von am Patienten gewinnt entsprechend an Bedeutung.
- › Berufe, die bis anhin als komplementär zur Medizin verstanden wurden, haben ein Profes-

sionalisierungsprozess hin zur Eigenständigkeit durchgemacht. Gleichzeitig haben sich neue Berufsfelder im Gesundheitsbereich entwickelt, die ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Behandlung leisten. Als Folge ist der Anspruch an die Zusammenarbeit zwischen den Professionen stark gestiegen. Auch drängt sich eine neue Aufgabenteilung auf, um den neuen Anforderungen bei der Behandlung besser gerecht zu werden.

Sowohl im Bereich der Soziologie in der Medizin als auch desjenigen der Soziologie der Medizin gemäss Robert Straus stellen sich somit hochaktuelle Forschungsfragen.

Interdisziplinäre Forschung für die Praxis

Im Gegensatz zur Soziologie ist die Medizin als Disziplin hauptsächlich auf die Praxis ausgerichtet. Dies ist bei den neuen Gesundheitsberufen noch ausgeprägter der Fall, arbeiten in diesen Feldern doch auch viele Nicht-Akademiker. Die Soziologie kann hier die Praxis mit ihrer Forschungstradition in der Methodologie unterstützen und deren Fragestellungen um die soziologische Sichtweise ergänzen. Gesundheitsdisziplinen ganz allgemein, darunter auch die Medizin, können also in mehrfacher Hinsicht von soziologischer Forschung profitieren. Dieser Umstand wird allerdings nicht immer als gewinnbringend wahrgenommen. Ein wesentlicher Faktor dürfte sein, inwieweit sich die betroffenen Akteure einbringen können. Die Soziologie kann zwar mit ihrer Forschung wesentliche Hinweise zur Verbesserung der Praxis liefern. Die Umsetzung geschieht hingegen im Feld und setzt die Akzeptanz der Akteure voraus. Deshalb ist es wesentlich, dass sich die Forschungsfragen an ihren Fragestellungen orientieren und sie in einem

frühen Stadium als Partner eingebunden werden. Idealerweise geschieht dies im Rahmen gemeinsamer Forschungsprojekte.

Sechs Aspekte für die angewandte Forschung

In den neuen Berufsfeldern ist der Anteil an nicht-akademischen Praktikern hoch, so dass der Umsetzung in die Praxis besondere Beachtung geschenkt werden muss. Im Rahmen eines Forschungsprojektes zwischen der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften und dem Spitex Verband Schweiz (Rüesch et al., 2009) wurden sechs zentrale Erkenntnisse gewonnen¹:

Bündelung der Interessen

Die verschiedenen Partner nehmen in der Regel mit unterschiedlicher Absicht am Projekt teil. Die Praktiker erwarten eine evidenzbasierte Lösung für ein praktisches Problem, die sich mit möglichst geringem Aufwand auch umsetzen lässt. Für den wissenschaftlichen Partner ist die Orientierung an wissenschaftlichen Kriterien sowie die Anbindung an die internationale Forschung ein Hauptanliegen. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit müssen die Projektpartner ihre unterschiedlichen Interessen und auch Verpflichtungen gegenüber der eigenen Institution offenlegen und in eine gemeinsame Zielsetzung einbinden. Dies ermöglicht die Einhaltung des Anspruchs an wissenschaftliche Seriosität bei der Studie und gleichzeitig ein pragmatisches Vorgehen bei der Umsetzung, indem beispielsweise die wissenschaftliche Arbeit als Teilprojekt im Rahmen des Gesamtprojektes definiert wird.

Ebenbürtige Projektpartnerschaft zwischen Wissenschaft und Praxis mit gemeinsamer Verantwortung

Ein gegenseitiges Verständnis ist sowohl in der Phase der Projektarbeit als auch nachher in derjenigen

¹ Die Erkenntnisse wurden zusammen mit R. Schaffert (ZHAW) anlässlich des Swiss Congress for Health Professions 2010 in Fribourg vorgestellt.

der Umsetzung in die Praxis zentral. Es bildet die Basis für das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt der Projektpartner. Deshalb ist es wichtig, dass beide Partner in der Projektleitung vertreten sind und die Verantwortung für das Gelingen des Projekts gemeinsam tragen. Durch den Einbezug beider Partner auf Stufe Projektleitung ist sichergestellt, dass laufende Fragen unter Einbezug der verschiedenen Fachkompetenzen sowie der Praxis geklärt und im weiteren Projektverlauf entsprechend berücksichtigt werden können. Dies erfordert auch ein gemeinsames Verständnis von Begrifflichkeiten innerhalb der Projektgruppe, was wiederum bei der Interpretation der Resultate hilft. Der kontinuierliche Austausch zwischen der Projektleitung und den Teilnehmenden fördert bei der Praxis zudem das Verstehen der Forschungsergebnisse und stellt insofern für die Akzeptanz und die Umsetzung im Feld eine wichtige Vorstufe dar.

Flexibilität bei der Durchführung im Interesse des Gesamtprojektes

Zwecks optimaler Ressourcennutzung nimmt jeder Partner idealerweise die Verantwortung in seinem Wirkungsfeld wahr. Die Praxis öffnet den Zugang zum Forschungsfeld und die Wissenschaft ist zuständig für die Methodik bei der Erhebung und der Analyse. Durch den kontinuierlichen Austausch der Partner wird eine Verständnisbrücke gebildet, die die beiden Felder verbindet. Selten laufen Forschungsprojekte jedoch vollständig nach Plan. Treten Probleme auf, ist es wichtig, dass die Partner ihr Handeln am Interesse des gesamten Projekts ausrichten. Dies kann bedeuten, dass auch der nicht direkt betroffene Partner Mehraufwand auf sich nimmt, um das Projekt weiter voranzubringen.

Gemeinsames Verständnis der Befunde

Ein ganz zentraler Punkt ist das gemeinsame Verständnis und die Interpretation der Befunde, sowie der Gewichtung von allfälligen Nebenbefunden. Die Erklärungsansätze der Praktiker basieren oft auf deren Erfahrungshintergrund und sind nicht

wissenschaftlich fundiert. Da sie sich in der Regel in einem politischen und marktwirtschaftlichen Umfeld bewegen, haben sie zudem ein Interesse daran, unvoreilhaft Befunde nicht prominent zu erwähnen. Die Wissenschaftler hingegen sind bestrebt, die Resultate wissenschaftlich korrekt darzustellen und für die Forschung brisante Ergebnisse, auch mit kleiner Aussagekraft, hervorzuheben. Bei der Entscheidung, mit welchem Stellenwert einzelne Befunde Eingang in den Forschungsbericht finden sollen, sind jedoch auch die Konsequenzen für beide Partner bei einer Veröffentlichung zu berücksichtigen. Die Interpretation der Daten muss deshalb in einem engen Dialog zwischen den Partnern erfolgen, damit beide hinter den Befunden stehen können.

Kommunikation gegen aussen in enger Absprache

Die Kommunikation gegen aussen vor, während und nach dem Projekt ist ein weiterer wichtiger Aspekt, der in enger Absprache zu erfolgen hat. Wenn während des Projekts beispielsweise erste Ergebnisse durch einen Partner an Dritte weitergegeben werden, kann dies zu vorzeitigen Diskussionen führen, welche die weitere Zusammenarbeit belasten und das Vertrauen zerstören. Bei allen Berichten und Publikationen ist zudem auf eine korrekte Angabe der Autorenschaft zu achten. Es empfiehlt sich grundsätzlich, bei allen Publikationen gemeinsam als Autorenschaft aufzutreten und den Verfasser der Publikation jeweils als Erstautor aufzuführen. Damit wird gegen aussen deutlich, dass es sich bei den Publikationen um das gleiche Projekt, jedoch mit unterschiedlichem Fokus und Zielgruppe (wissenschaftliche und praxisnahe) handelt. Eine gemeinsame Kommunikation wirkt sich zudem positiv auf den Wissenstransfer in die Praxis aus.

Einbezug des wissenschaftlichen Partners auch bei der Umsetzung

Zur Unterstützung der Umsetzung in die Praxis kann es sinnvoll sein, den wissenschaftlichen Projektpartner für Veranstaltungen mit den Praktikern beizuziehen. Die Teilnehmenden erfahren so die wesentlichen Forschungsergebnisse aus erster Hand, die zu einer entsprechenden Umsetzung geführt haben. Auch hier erhöht ein gemeinsamer Auftritt die Akzeptanz gegenüber der Wissenschaft bei den Praktikern. Zudem gelingt die Umsetzung besser, wenn die Praktiker die Zusammenhänge besser verstehen. Die Wissenschaftler ihrerseits sehen die konkreten Auswirkungen ihrer Arbeit.

Fazit

Die Soziologie kann im Bereich der Gesundheitswissenschaften einen wichtigen Beitrag leisten. Es ist jedoch wesentlich, dass die Forschungsfragen aus dem Feld kommen und die Praxis mit eingebunden wird. Dies geschieht idealerweise im Rahmen von gemeinsamen Forschungsprojekten. Eine ebenbürtige Partnerschaft mit einer gemeinsamen Verantwortung, ein gemeinsames Verständnis der Befunde und eine abgestimmte Kommunikation zwischen den Partnern sind wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Literatur

Rüesch Peter, Burla Laila, Schaffert René, Mylaeus Maja (2009) *Qualitätsindikatoren der ambulanten Pflege (Spitex) in der Schweiz auf der Grundlage von RAI-HC*. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP (Bd. 96).

Reihe **Freiwilligkeit**

Herausgeber:
**Schweizerische Gemeinnützige
 Gesellschaft (SGG)**

Die Reihe «Freiwilligkeit» ist eine Plattform für Publikationen, die Fragen zur Freiwilligenarbeit diskutieren. Insbesondere – aber nicht ausschliesslich – werden Arbeiten in diese Reihe aufgenommen, die im Rahmen des von der SGG 2003 gestarteten Forschungsprogramms «Forschung Freiwilligkeit» entstanden sind.



244 Seiten
 SFr. 38.–
 Euro 28.–

Markus Lamprecht, Adrian Fischer,
 Hanspeter Stamm

Die Schweizer Sportvereine Strukturen, Leistungen, Herausforderungen

Rund 20'000 Sportvereine sorgen in der Schweiz für ein breites und vielfältiges Sportangebot, das von einem Viertel der Bevölkerung genutzt wird. Die neuesten Zahlen zum Vereinssport beeindrucken und unterstreichen die grosse Bedeutung der Vereine für Sport und Gesellschaft. Entgegen aller Prognosen haben sich die Sportvereine als erstaunlich flexibel und anpassungsfähig erwiesen. Weder Individualisierung und Wertewandel noch die Kommerzialisierung mit ihren immer neuen Sporttrends haben zum befürchteten Vereinssterben geführt. Das Erfolgsrezept heisst Multifunktionalität. Die Vereine sind nicht nur Träger des Jugend-, Freizeit- und Wettkampfsports, sie bieten auch Gemeinschaft und Geselligkeit und erfüllen dabei zahlreiche Integrations- und Gemeinwohlaufgaben. Diese Leistungen beruhen weitgehend auf dem Freiwilligen-Engagement ihrer Mitglieder, was die Vereine jedoch zunehmend vor Probleme stellt. Die vorliegende Studie bietet eine umfassende Analyse der Leistungen und Herausforderungen der Schweizer Sportvereine und diskutiert zukünftige Strategien und Perspektiven.

Sandro Cattacin, Dagmar Domenig

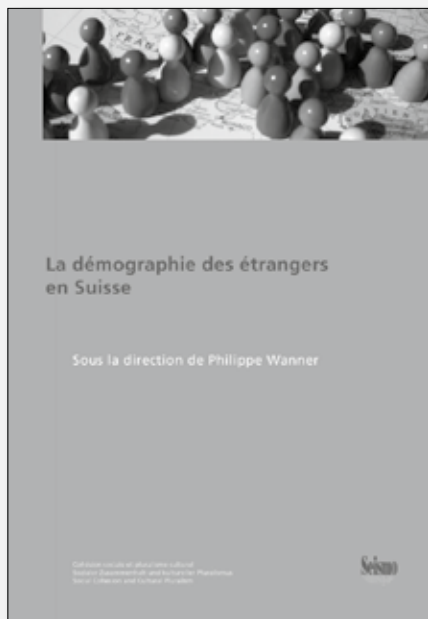
Inseln transnationaler Mobilität

Freiwilliges Engagement in Vereinen
 in der Schweiz



152 Seiten
 SFr. 28.–
 Euro 22.–

Nicht zuletzt die Suche nach Anerkennung bringt mobile Menschen – MigrantInnen – zwangsläufig in den Kreislauf der Gesellschaft, in der sie leben. Sie wünschen sich nicht nur Verständnis für ihre Verschiedenheit, sondern streben ausserdem nach hilfreichen Kontakten, die sie auf der Suche nach neuen Chancen voranbringen. Diese Orientierung trifft oft auf Unverständnis, so dass mobile Menschen statt Unterstützung und Anerkennung eher Diskriminierung und Ablehnung erfahren. Daraus resultieren Fragen zu «Ausländervereinen» wie: Warum engagieren sich transnational mobile Menschen in Vereinen, in denen sie auf andere mobile Menschen treffen? Welche Motive führen sie in ihre Vereine? Wie verändert sich deren freiwilliges Engagement im Laufe der Zeit? Mit der Beantwortung dieser Fragen unterstreichen Cattacin und Domenig nicht nur die grosse Bedeutung von Vereinen mobiler Menschen für deren Einbezug in die Ursprungsgesellschaft und am neuen Lebensort; sie zeigen auch auf, dass sich alle mobilen Menschen aus ähnlichen Motiven Vereinen zuwenden, egal woher und warum sie kommen.



Cohésion sociale et pluralisme culturel

Sous la direction de Philippe Wanner

La démographie des étrangers en Suisse

Auteurs et auteurs

Philippe Wanner, Professeur de démographie à l'Université de Genève

Mathias Lerch, Ilka Steiner et Ceren Topgul, Institut d'études démographiques et du parcours de vie de l'Université de Genève

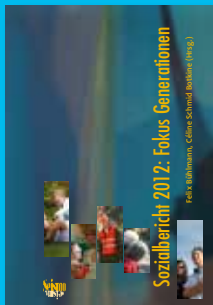
Marco Pecoraro, Forum suisse pour l'étude des migrations de l'Université de Neuchâtel.

208 pages, SFr. 38.—/Euro 29.—
ISBN 978-2-88351-056-2

Le phénomène migratoire en Suisse a donné lieu à de nombreuses publications portant sur ses impacts économiques, sociaux et politiques. A ce jour, aucune étude n'a étudié spécifiquement les comportements et l'impact démographique de la migration.

Cet ouvrage remplit un vide et fournit des informations sur ce thème, en approchant le sujet de quatre manières complémentaires. D'une part, il décrit les comportements de natalité, les migrations internes, la naturalisation et les retours des étrangers vivant en Suisse. Il montre que ces comportements dépendent de facteurs individuels (âge, nationalité, niveau de formation, situation familiale) ou liés à la trajectoire migratoire (durée de séjour en Suisse, par exemple). D'autre part, par l'analyse longitudinale d'une cohorte d'étrangers, il dresse le constat d'une migration majoritairement temporaire : le retour au pays reste le modèle dominant parmi les ressortissants étrangers titulaires d'un permis B ou C. Troisièmement, la présen-

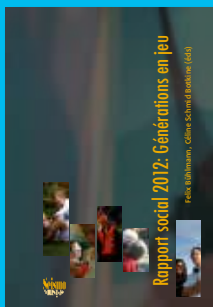
tation de deux flux migratoires illustre la variété des motivations à l'origine de la migration et les différentes stratégies d'accès au territoire suisse. Le cas de la migration turque met en particulier en évidence l'inadéquation des politiques face à des modèles de formation du couple fortement ancrés dans cette communauté. Le cas allemand montre pour sa part les nouvelles formes que prend la migration économique. Finalement, l'ouvrage mesure l'impact de la « nouvelle migration », celle ayant eu lieu au cours des trois dernières décennies, sur la taille et la structure de la population de la Suisse. Cette mesure montre les bénéfices démographiques de la migration internationale, qui freine le vieillissement démographique, évite une décroissance de la population, et garantit la main-d'oeuvre nécessaire à l'économie. Alors que la migration internationale prend un essor considérable depuis quelques années, cet ouvrage fournit dès lors des informations indispensables à sa planification.



Felix Bühlmann, Céline Schmid Botkine, Peter Farago, François Höpflinger, Dominique Joye, René Levy, Pasqualina Perrig-Chiello, Christian Suter (Hrsg.)

Sozialbericht 2012: Fokus Generationen

332 Seiten, ISBN 978-3-03777-122-8, Sfr. 42.—/Euro 31.—



Felix Bühlmann, Céline Schmid Botkine, Peter Farago, François Höpflinger, Dominique Joye, René Levy, Pasqualina Perrig-Chiello, Christian Suter (éds.)

Rapport social 2012: Générations en jeu

328 pages, ISBN 978-2-88351-058-6, Sfr. 42.—/Euro 31.—

Schriften zur Sozialen Frage



Robert Fluder, Sabine Hahn, Jonathan M. Bennett, Matthias Riedel, Thomas Schwarze

Ambulante Alterspflege und -betreuung

248 Seiten, ISBN 978-3-03777-125-9, Sfr. 38.—/Euro 28.—

Terrains des sciences sociales



Frédéric Widmer

La coordination patronale face à la financiarisation Les nouvelles règles du jeu dans l'industrie suisse des machines

380 pages, Sfr. 58.—/Euro 43.—
ISBN 978-2-88351-054-8

Mentions légales / Impressum

Éditrice / Herausgeberin

Société suisse de sociologie

c/o Université de Genève
Département de sociologie
40, Boulevard du Pont-d'Arve
1211 Genève 4

www.sagw.ch/fr/soziologie
www.sagw.ch/de/soziologie

Secrétariat SSS/SGS

Marie-Eve Zufferey-Bersier

E-mail: sss@unige.ch

Rédaction / Redaktion

Prof. Dr. Claudine Burton Jeangros
Département de sociologie
Université de Genève
40, bd. du Pont d'Arve
1211 Genève 4

Prof. Dr. phil. Julie Page
Leiterin F&E
Departement Gesundheit
ZHAW
Zürcher Hochschule für
Angewandte Wissenschaften
Technikumstr. 71, Postfach
8401 Winterthur

Claudine.Jeangros@unige.ch

Julie.Page@zhaw.ch

Administration

Editions Seismo / Seismo Verlag

Zähringerstrasse 26
CH-8001 Zürich
Tf 044 / 261 10 94, Fx/Tf 044 / 251 11 94

www.editions-seismo.ch / www.seismoverlag.ch
buch@seismoverlag.ch

Impression / Druck

Druckerei Ediprim AG, Biel



Supported by the Swiss Academy
of Humanities and Social Sciences
www.sagw.ch

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck oder Vervielfältigung
nur mit Zustimmung der Redaktion.