

Autonomie als moralphilosophische Herausforderung

u^b

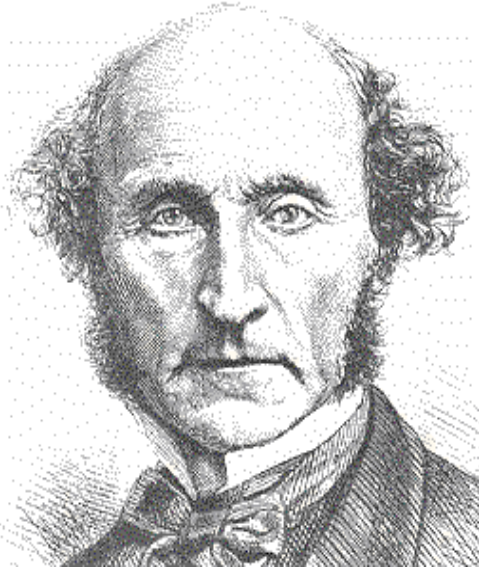
b
UNIVERSITÄT
BERN

*15. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz
Lausanne, 30. Januar 2014*

Prof. Dr. Monika Betzler
Institut für Philosophie
Universität Bern
monika.betzler@philo.unibe.ch

1. Begriffsklärungen: (i) Was ist Autonomie?
(ii) Paternalismus als Eingriff in die Autonomie
2. Drei paternalistische Positionen mit Blick auf die Gesundheitsförderung und Prävention
3. Reichweite und Grenzen

John Stuart Mill (1859): Über die Freiheit



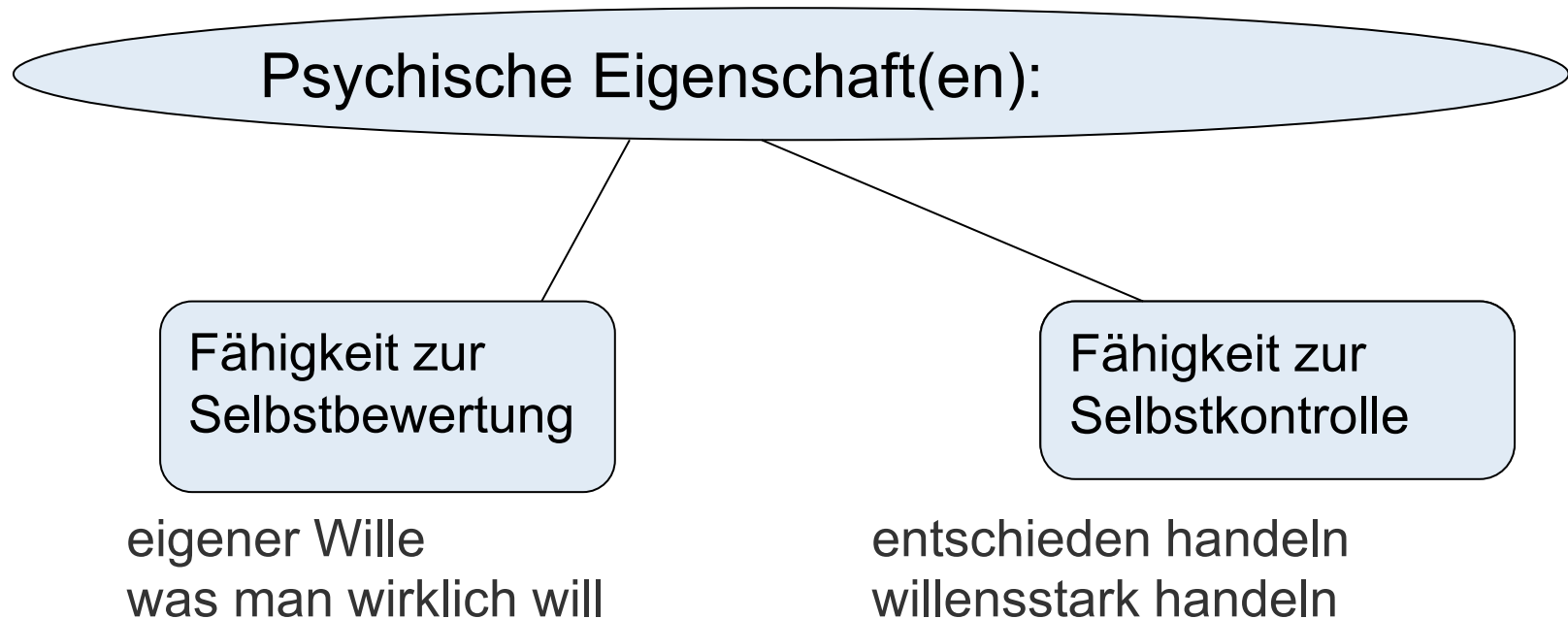
„Über sich selbst, über seinen eigenen Körper und Geist ist der Einzelne souveräner Herrscher.“ [...]

„Die einzige Unabhängigkeit, die diesen Namen verdient, ist die Möglichkeit, unser eigenes Wohl auf unsere eigene Weise zu erreichen [...].“

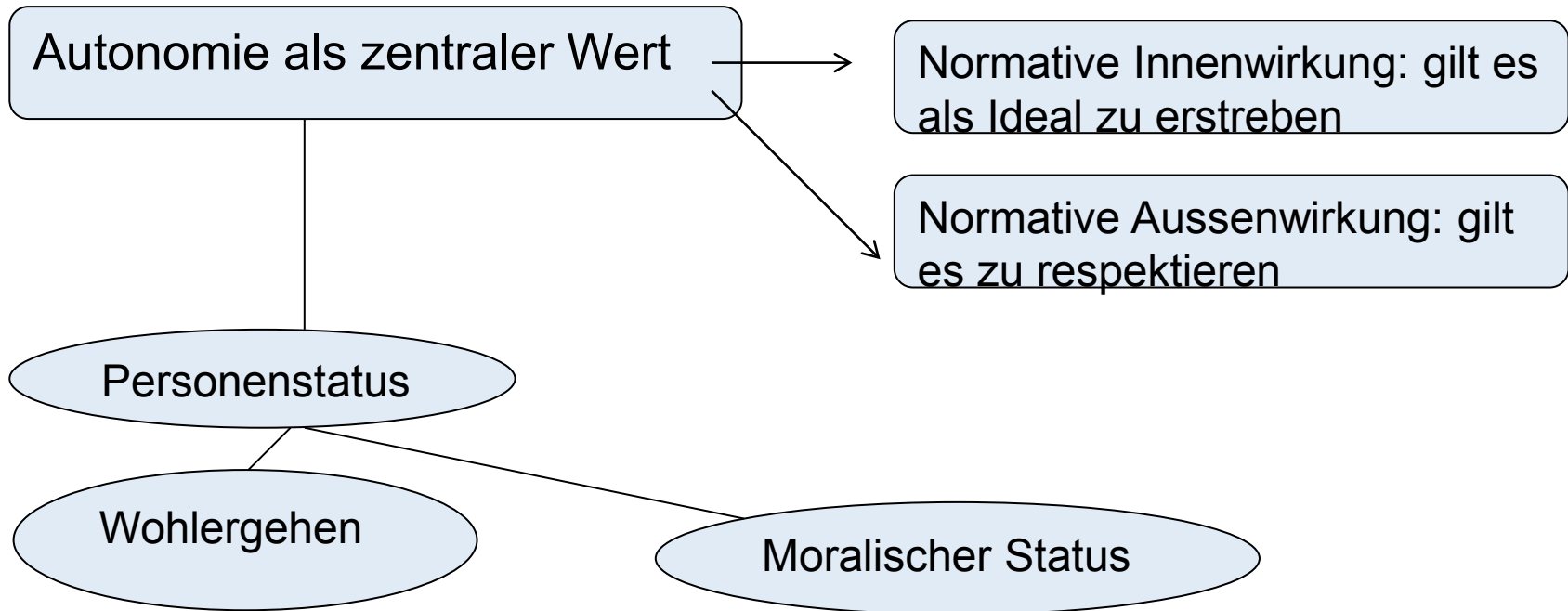
„Die Menschen gewinnen mehr dadurch, dass sie einander gestatten, so zu leben, wie es ihnen richtig scheint.“

1. Begriffsklärungen: (i) was ist Autonomie?

Weiter Begriff: verschiedene, überlappende Theorien



Weitere Differenzierungen



Autonomie als informierte Zustimmung im Kontext der Medizinethik

I. Voraussetzungen:

- (i) Kompetenz zu verstehen und zu entscheiden
- (ii) Freiwilligkeit (bei der Entscheidung)

II. Informations-Elemente:

- (iii) Transparenz der Information
- (iv) Empfehlung eines Plans
- (v) Verständnis von (iii) und (iv)

III. Zustimmungselemente:

- (vi) Entscheidung für einen Plan
- (vii) Autorisierung eines gewählten Plans

1. Begriffsklärungen:

(ii) Paternalismus als Eingriff

Eine Person P_1 oder Institution I handelt gegenüber einer Person₂ paternalistisch, wenn sie X tut:

- (i) X richtet sich gegen die Autonomie von P_2
- (ii) P_1 oder I tut dies ohne Zustimmung von P_2
- (iii) P_1 oder I tut dies, um mit X **das Wohlergehen** von P_2 zu befördern (oder sie vor Schaden zu bewahren)

Weicher und harter Paternalismus

Weicher Paternalismus

Ein Eingriff ist nur erlaubt, wenn die betreffende Person nicht autonom ist (also z.B. ihre Situation nicht versteht, nicht weiss, was sie will etc.)

Beispiel: Hans hat viel Appetit auf fette Speisen und weiss nicht, dass dies ungesund ist.

Harter Paternalismus

Ein Eingriff ist auch erlaubt, wenn die Person autonom ist.

Beispiel: Hans möchte gerne fette Speisen, obwohl er weiss, dass dies ungesund ist.

2. Paternalismus zur Gesundheitsförderung

Darf die Gesundheit einer Person als Bestandteil ihres Wohlergehens befördert werden, auch wenn sie dies nicht will?

Sollen Zigaretten verboten werden?

Verbot von Transfetten?

Soll Alkohol teurer werden?

Finanzierung von Fitness-Massnahmen?

Drei Positionen

(i) Liberale Position

Personen lernen durch
Erziehung und Erfahrung

(ii) Libertärer Paternalismus

Wir helfen Personen, die
richtige Wahl leichter zu
treffen, indem wir ihnen einen „Schubser“ geben: die gesunden
Produkte auf Augenhöhe; gesunde Massnahmen werden so
präsentiert, dass man sie aktiv ablehnen muss;

Wir helfen Personen, die
richtige Wahl leichter zu
treffen, indem wir ihnen einen „Schubser“ geben: die gesunden
Produkte auf Augenhöhe; gesunde Massnahmen werden so
präsentiert, dass man sie aktiv ablehnen muss;

(iii) Zwangspaternalismus

Ungesunde Produkte
werden verboten; gesunde
Aktivitäten werden verordnet

3. Reichweite und Grenzen

(i) Contra liberale Position

Sucht verhindert Erziehung,
kognitive Fehler,
Erfahrungen nicht immer vorhanden oder nicht verwertbar

(ii) Contra libertärer Paternalismus

Manipulativ; umgeht
rationale Entscheidungsfähigkeit; ineffizient

(iii) Pro Zwangspaternalismus?

Manche Entscheidungen werden uns abgenommen; Option, die
uns stark schadet, wird eliminiert;

Fazit

1. Bei grossem zu erwartenden Schaden (Sucht und Krankheit; extrem hohes Gesundheitsrisiko) ist Zwangspaternalismus rechtfertigbar.

2. Bei geringerem Schaden sollte die Autonomie und Entscheidungsfähigkeit einer Person respektiert werden – allerdings eingedenk der Tatsache, dass wir nicht vollständig rational sind.

Es ist daher wünschenswert, einerseits auf Erziehung zu setzen, andererseits Anreize für gesünderes Verhalten zu schaffen.

3. Aufgrund unserer rationalen Fehler ist die Tatsache, dass wir selbst etwas wirklich wollen, kein absoluter, sondern ein relativer Wert. Er muss jedoch immer gegen die Gefahr abgewogen werden, dass unsere Autonomie missbraucht wird.



L'autonomie du public dans les choix liés à la santé

Claudine Burton-Jeangros

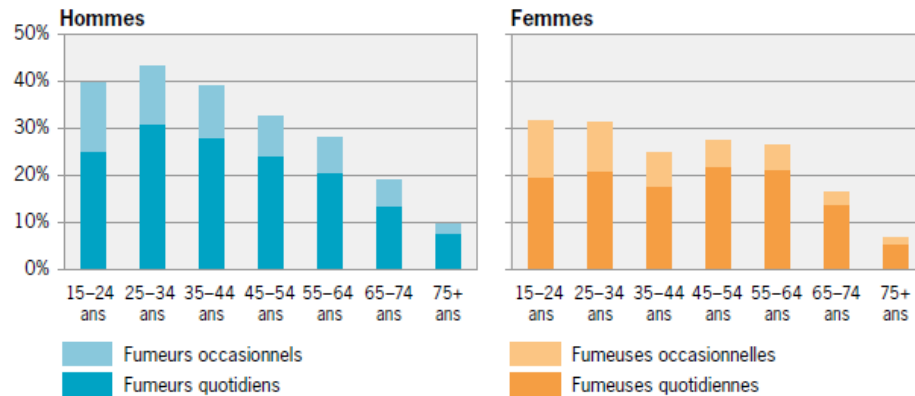
Département de sociologie



Distribution des comportements face à la santé

Consommation de tabac, en 2012

G 19



Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)

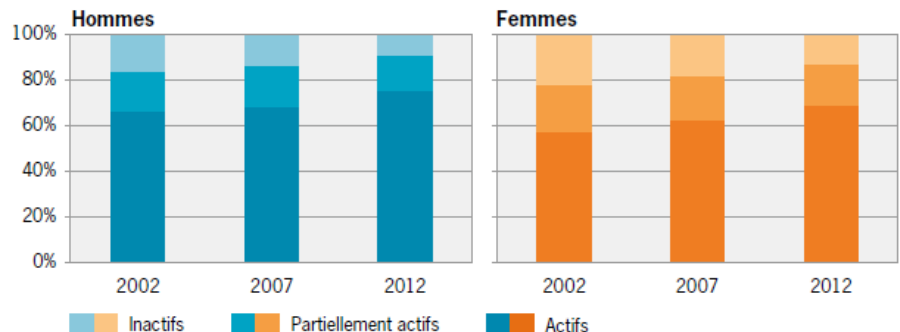
Etude des inégalités face à la santé:

les comportements favorables à la santé sont plus souvent adoptés dans les milieux sociaux favorisés

- Consommation de tabac
- Activité physique
- Alimentation
- Examens préventifs (dépistage,...)

Activité physique, 2002-2012

G 14



Inactifs: par semaine <30 minutes d'activité physique modérée et <1 fois une activité intense
 Partiellement actifs: par semaine 30-149 minutes d'activité physique modérée ou 1 fois une activité intense
 Actifs: par semaine ≥150 minutes d'activité physique modérée ou ≥2 fois une activité intense

Source: ESS

© Office fédéral de la statistique (OFS)



Distribution des comportements face à la santé

- **Gradient social** dans les comportements face à la santé
(Abel et al 2013)
- **Cumul des comportements** à risques dans les catégories sociales défavorisées
(Poortinga 2007, Schneider et al 2009)
- **Stabilité des comportements** face à la santé au cours de la vie
(Lynch et al 1997)



Autonomie et promotion de la santé

Autonomie

L'auto-détermination, le droit de prendre sa propre décision, est un principe de base en bio-éthique, qui avec les principes de bienfaisance, de non-nuisance et de justice, préside aux actions et décisions en médecine et en santé publique

Empowerment

Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique.

Glossaire européen de santé publique, <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES

Autonomie et promotion de la santé

Du point de vue des sciences sociales

- Les **contraintes sociales** limitent les choix individuels (*structure-agency*)
- **Différentes formes d'empowerment**
 - Mise en applications des recommandations médicales et de santé publique (logique professionnelle)
 - Acquisition et évaluation d'informations pouvant conduire à des choix alternatifs (logique du consommateur)
 - Action collective et changement social (logique communautaire)

(Lemire et al 2008)

Appropriation des normes de promotion de la santé

- Rôle des comportements face à la santé est connu au sein du public

(Blaxter 1997)

- Allers-et-retours entre savoir professionnel et savoir profane

- Ecart face aux normes de promotion de la santé

- Rejet du paternalisme, liberté individuelle
- Normes et valeurs incompatibles
- Réflexivité et responsabilité face à la santé

(Thompson 2011, Burton-Jeangros,2011)



Capital culturel et distinction sociale

‘Les styles de vie relatifs à la santé sont souvent adoptés par les individus ou les groupes pour des raisons autres que la santé’

(Abel 2007)

- Rôle des ressources culturelles dans la production de la santé: perceptions, valeurs, normes varient entre milieux sociaux
- Mécanismes de distinction sociale: appartenances de groupe
- Jugements moraux sur les comportements des autres

(Abel 2007, Thompson 2011, Burton-Jeangros 2011)



Compétences en santé (*health literacy*)

« Représente les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder, comprendre et utiliser l'information de façon à promouvoir ou maintenir une bonne santé »

Glossaire européen de santé publique

- Multiplication des informations et attitudes réflexives face aux énoncés scientifiques (Burton-Jeangros 2007, Massé 2007)
- Renforce la responsabilité individuelle face à la santé (santéisme) (Crawford 1980)

LE TEMPS

Santé Mercredi 16 octobre 2013

Un vaccin qui divise les soignants

Par Stéphany Gardier

La vaccination du personnel de santé fait débat. L'efficacité pour protéger les patients est remise en cause par des études



LE TEMPS

Santé Vendredi 10 janvier 2014

Obèse et en bonne santé: mythe ou réalité?

Par Stéphany Gardier

Le sujet reste controversé, mais le surpoids n'est pas toujours associé à des perturbations métaboliques. Une étude finlandaise apporte des éléments pour comprendre pourquoi certaines personnes obèses restent en bonne santé.



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES

Conclusions

- Diversité sociale et culturelle du public
- Nécessaire de prendre en compte les mécanismes sociaux à l'œuvre derrière les comportements face à la santé
- Campagnes de promotion de la santé doivent éviter de renforcer les inégalités sociales face à la santé



Références

- Abel T (2007) Cultural capital in health promotion, in McQueen et al, *Health and modernity*, Springer.
- Abel T et al. (2013) Social and Regional Variations in Health Status and Health Behaviours among Swiss Young Adults. *Swiss Medical Weekly* 143:w13901.
- Blaxter M (1997) Whose Fault Is It? People's Own Conceptions of the Reasons for Health Inequalities. *Social Science and Medicine* 44(6):747–56 Lemire et al (2008) Internet Use and the Logics of Personal Empowerment in Health. *Health Policy* 88:130–40.
- Burton-Jeangros C (2007) Des risques épidémiologiques aux pratiques sociales de santé, in : Burton-Jeangros C, Grosse C, November V, *Face au risque*, Genève, Georg, L'Equinoxe, pp. 183-203.
- Burton-Jeangros C (2011) Surveillance of risks in everyday life: the agency of pregnant women and its limitations, *Social Theory and Health* 9, pp. 419-436.
- Lynch J W et al (1997) Why Do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviours and Psychosocial Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse. *Health Inequalities in Modern Societies and Beyond* 44(6):809–19.
- Massé R (2007) Le risque en santé publique: Pistes pour un élargissement de la théorie sociale. *Sociologie et sociétés* 39(1):13–27.
- Poortinga W (2007) The Prevalence and Clustering of Four Major Lifestyle Risk Factors in an English Adult Population. *Preventive Medicine* 44(2):124–28.
- Schneider S et al (2009) Optimising Lifestyle Interventions: Identification of Health Behaviour Patterns by Cluster Analysis in a German 50+ Survey. *The European Journal of Public Health* 19(3):271–77.
- Thompson L & Kumar A (2011) Responses to Health Promotion Campaigns: Resistance, Denial and Othering. *Critical Public Health* 21(1):105–17.



Ermutung zum aufrechten Gang: Autonomie durch Empowerment



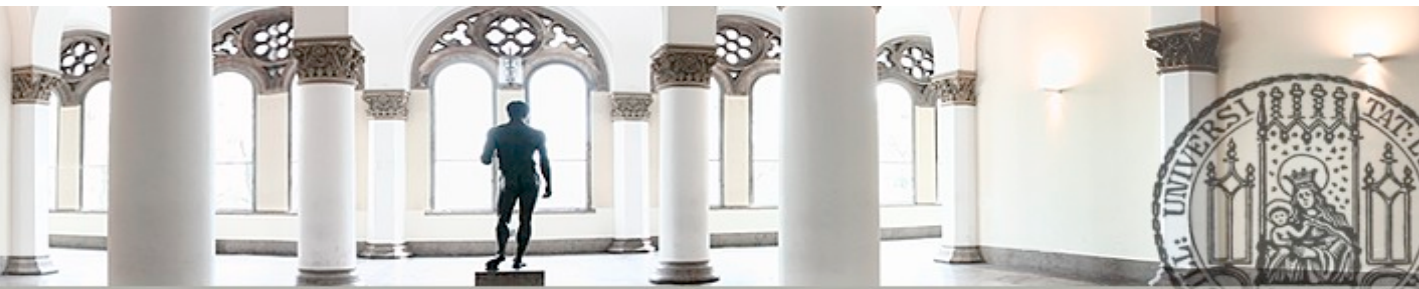
Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera



15. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz

Autonomie als Herausforderung für die Gesundheitsförderung und Prävention

Donnerstag, 30. Januar 2014, Kongresszentrum Beaulieu, Lausanne



Zusammenfassung

Neuzeitliche Gesundheitsdiskurse folgen der Logik der Dialektik der Aufklärung. In dem Maße, wie sich mit der Herausbildung eines neuzeitlichen Menschen- und Weltverständnisses Vorstellungen der Beeinflussbarkeit von Gesundheit und Krankheit durch individuelle und soziale Aktivitäten entwickelten, begann auch der Siegeszug der modernen Medizin, die zunehmend die gesellschaftliche Regie über Gesundheit und Krankheit übernahm.

Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta bemüht sich um eine Empowerment-Perspektive der Wiedergewinnung von Selbst- und Sozialwirksamkeit der Subjekte. Salutogenese und Capability-Approach zeigen auf, welche Ressourcen als Verwirklichungschancen für ein gutes Leben bedeutsam sind. Der gerechte Zugang zu diesen Ressourcen ist ein zentraler Indikator für den Wohlstandsstandard einer Gesellschaft.

Eingangsthese 1

In klassischer Weise formuliert die **Ottawa Charta** eine **Empowermentperspektive** der Gesundheitsförderung:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

Eingangsthese 2

Die Ottawa Charta stellt die Förderung der **Selbstsorge** als zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung heraus und das ist die Grundlage der **Autonomie**. Sie betont aber gleichzeitig auch die Sorge „für andere“ und das ist die Referenz auf die **Dialektik von Autonomie und Bezogenheit**.

Empowerment ist ohne Bewusstsein dieser Dialektik nicht sinnvoll bzw. kann als Selbstmissverständnis der Kultur neoliberaler „Ichlinge“ oder „Ego-Shooter“ gedeutet werden.

Gliederung

1. Autonomie: Die Tradition der Aufklärung
2. Empowerment: Dialektik von Autonomie und Bezogenheit
3. Kommunitäre Selbstsorge
4. Gesundheit und soziale Gerechtigkeit
5. Verwirklichungschancen für ein gutes Leben

Gliederung

1. **Autonomie: Die Tradition der Aufklärung**
2. Empowerment: Dialektik von Autonomie und Bezogenheit
3. Kommunitäre Selbstsorge
4. Gesundheit und soziale Gerechtigkeit
5. Verwirklichungschancen für ein gutes Leben





Immanuel Kant
1724 bis 1804

Immanuel Kant:

„Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Anleitung eines anderen zu bedienen. Selbst verschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschliebung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen. 'Sapere aude!' Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!' ist also der Wahlspruch der Aufklärung.“

Dass der bei weitem größte Teil der Menschen (das ganze schöne Geschlecht) den Schritt zur Mündigkeit außer dem, dass er beschwerlich ist, auch für sehr gefährlich halte: dafür sorgen schon jene Vormünder, die die Oberaufsicht über sie gütigst auf sich genommen haben.“

Quelle: Immanuel Kant: „Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?“ Berlinische Monatsschrift, 1784



John Stuart Mill
1806 - 1873

Für **John Stuart Mill** ist die freie Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit („innere Kultur des Individuums“) zentral:

„Der Einzelne hat das Recht der Selbstbestimmung über seinen eigenen Körper und Geist. Es ist vielleicht kaum nötig hinzuzufügen, dass dieser Grundsatz nur für Menschen mit vollentwickelter Handlungsfähigkeit gelten kann. (...) Jeder ist der geeignete Hüter seiner eigenen Gesundheit, ob körperlich, geistig oder seelisch.“

Quelle: John Stuart Mill: Über die Freiheit. Stuttgart: Reclam



Theodor W. Adorno
1903 - 1969

Theodor W. Adorno knüpft an Kant an:

“Mir scheint dieses Programm von Kant, dem man auch mit dem bösesten Willen Unklarheit nicht wird vorwerfen können, heute noch außerordentlich aktuell. Demokratie beruht auf der Willensbildung eines jeden Einzelnen, wie sie sich in der Institution der repräsentativen Wahl zusammenfasst. Soll dabei nicht Unvernunft resultieren, so sind die Fähigkeit und der Mut jedes Einzelnen, sich seines Verstandes zu bedienen, vorausgesetzt. Hält man daran nicht fest, so wird alle Rede von Kants Größe Geschwätz, Lippendienst.”

Quelle: Theodor W. Adorno: Erziehung zur Mündigkeit.

Das erste Buch über Selbsthilfe von Samuel Smiles:

„Hilf dir selbst, so hilft dir Gott!“ – das ist ein alterprobtes Sprichwort, welches das Resultat reicher menschlicher Erfahrungen in wenige Worte zusammenfasst. Der Geist der Selbsthilfe ist die Wurzel aller echten individuellen Entwicklung und stellt auch in dem Leben der Gesamtheit die wahre Quelle nationaler Kraft und Gesundheit dar. Hilfe, die von außen kommt, hat nicht selten eine schwächende Wirkung; aber Selbsthilfe kräftigt in jedem Fall den, der sie übt.“

*Opfer trüben nicht Marktstein
den der Einsichtling großer Mühen
trotzdem haben brüder Eduard z. d. S.*
Selbsthilfe *geb. 1812*
18. J. 1900. von *John Ruskin*

Samuel Smiles.

Deutsch von F. Dobbert.

„Durch dich eine: sei dir selber treu!
So muß demselben folgen, wie auf Markt der Tag,
Dass du nicht falsch tanzt gegen andere sein!“

Shakespeare.

„Wenn ich einem jungen Manne einen Rat zu geben hätte,
so würde ich zu ihm sagen: Suchen Sie sich unter den
Blöthern wie unter den Menschen solche Gefährten, die über
Ihnen stehen; denn diese sind in jedem Fall die nützlichste
Gesellschaft! Verneinen Sie wichtige Gegenstände bewundern!
Sie werden davon einen großen Gewinn haben! Beachten
Sie, dass große Männer nur Großes bewundern, hingegen
keine Geister Niedriges schätzen und Gemeines verehren.“

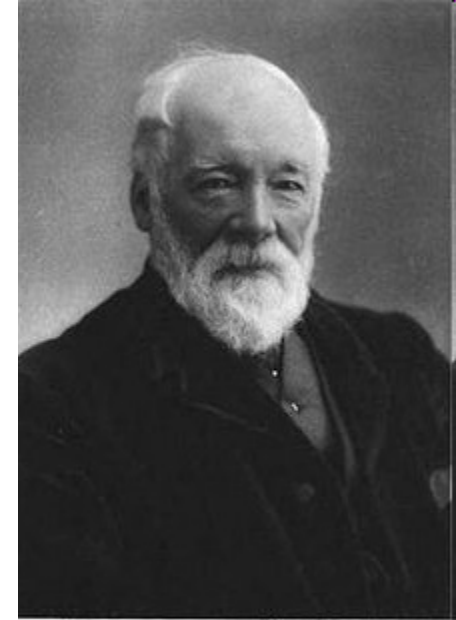
W. M. Edwards.



Halle a. S.

Saul Steingaard
Darmstadt 2

Druck und Verlag von Otto Hendel.



Samuel Smiles
1812 - 1904

Gliederung

1. Autonomie: Die Tradition der Aufklärung
2. Empowerment: Dialektik von Autonomie und Bezogenheit
3. Kommunitäre Selbstsorge
4. Gesundheit und soziale Gerechtigkeit
5. Verwirklichungschancen für ein gutes Leben

In Empowermentprozessen sollen Stärken von Menschen entdeckt und entwickelt werden; es sollen Möglichkeiten gefördert werden, Kontrolle über das eigene Leben zu gewinnen.

Grundlagen von Empowerment:

- Von einer Defizit- oder Krankheits- zu einer Ressourcen-/Kompetenzperspektive
- Statt ExpertInnenlösungen geht es um Selbstorganisation
- Überwindung von "Demoralisierung" und Ermöglichung von Selbstwirksamkeit
- Ressourcenvermehrung durch gemeinschaftliches Handeln (Netzwerkförderung)

Empowerment kann auf der

- Individuellen Ebene (Überwindung von Resignation und Demoralisierung)
- Gruppenebene (z.B. Selbsthilfeinitiativen)
- Strukturellen Ebene (politische Veränderungen) wirken.

Erfahrungsknoten im Empowerment-Lernprozess:

- Von der Defizit- oder Krankheitsperspektive zur Ressourcen- oder Kompetenzperspektive.
- Nicht professionelle Lösungen, sondern nur gelingende Selbstsorge kann handlungswirksam für ein Subjekt sein.
- Die Überwindung von Demoralisierung ist die Voraussetzung für Selbstsorge.
- Empowerment ist kein Fitnessprogramm
- Soziale Unterstützung in Selbsthilfe-Netzen ist eine zentrale Bedingung gelingender Selbstorganisation.
- Das Verhältnis von Professionellen und Betroffenen ist vielfach widersprüchlich. Genau in dem Austragen dieser Widersprüchen stecken Entwicklungspotentiale.
- Unser Klientel sind nicht nur „Kinder in Not“, sondern auch „Bürger mit Rechten“ und gleichzeitig gilt: „Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, ist ein grausamer Scherz“ (Rappaport).



Julian Rappaport

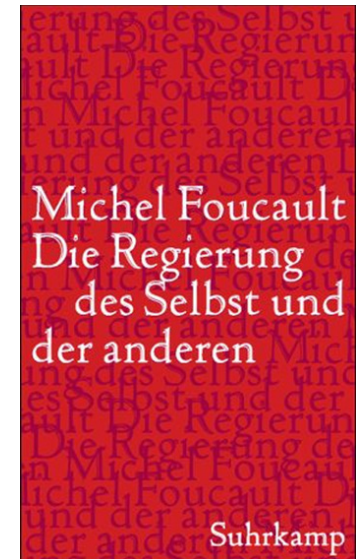
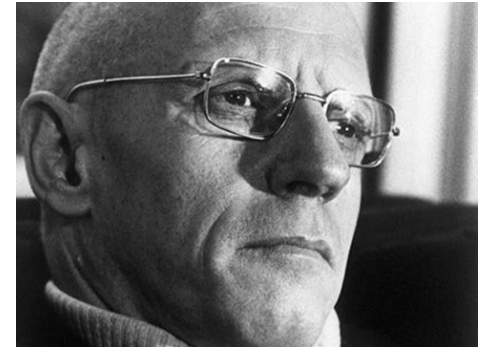
Gliederung

1. Autonomie: Die Tradition der Aufklärung
2. Empowerment: Dialektik von Autonomie und Bezogenheit
3. **Kommunitäre Selbstsorge**
4. Gesundheit und soziale Gerechtigkeit
5. Verwirklichungschancen für ein gutes Leben

Was ist Selbstsorge?

Der Begriff „Selbstsorge“ bezieht sich bei Michael Foucault auf die „Aufgabe der Ausarbeitung seiner selbst“, auf die „permanente Kreation unserer selbst in unserer Autonomie“ „auf sich selbst achten“ oder „sich um sich selbst kümmern“, die „Sorgfalt, die man auf sich selbst verwendet“.

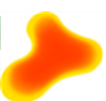
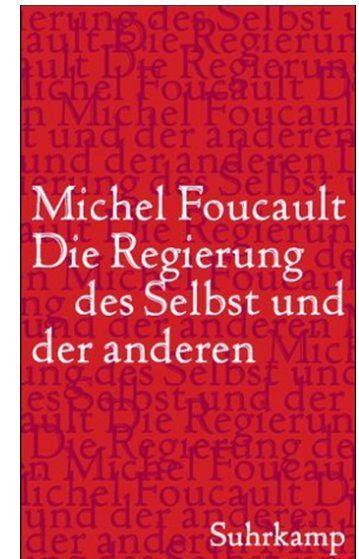
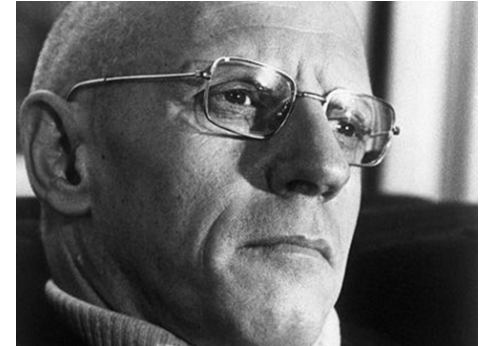
Selbstsorge steht für eine Haltung und das Verhalten eines Menschen, der es unternimmt, das eigene Leben zu gestalten, es nicht an fremden Normen und Vorstellungen zu orientieren, sondern ihm eine unverwechselbare eigene ästhetische Form zu geben.



Kommunitäre Selbstsorge

Selbstsorge ist kein Egotrip, sondern kann nur in einer sorgenden Gemeinschaft gelingen.

Michael Foucault: „Eine Polis, in der sich jeder auf die richtige Art um sich selbst kümmern würde, wäre eine Polis, die gut funktionierte; sie fände darin das ethische Prinzip ihrer Beständigkeit.“



Gliederung

1. Autonomie: Die Tradition der Aufklärung
2. Empowerment: Dialektik von Autonomie und Bezogenheit
3. Kommunitäre Selbstsorge
4. **Gesundheit und soziale Gerechtigkeit**
5. Verwirklichungschancen für ein gutes Leben

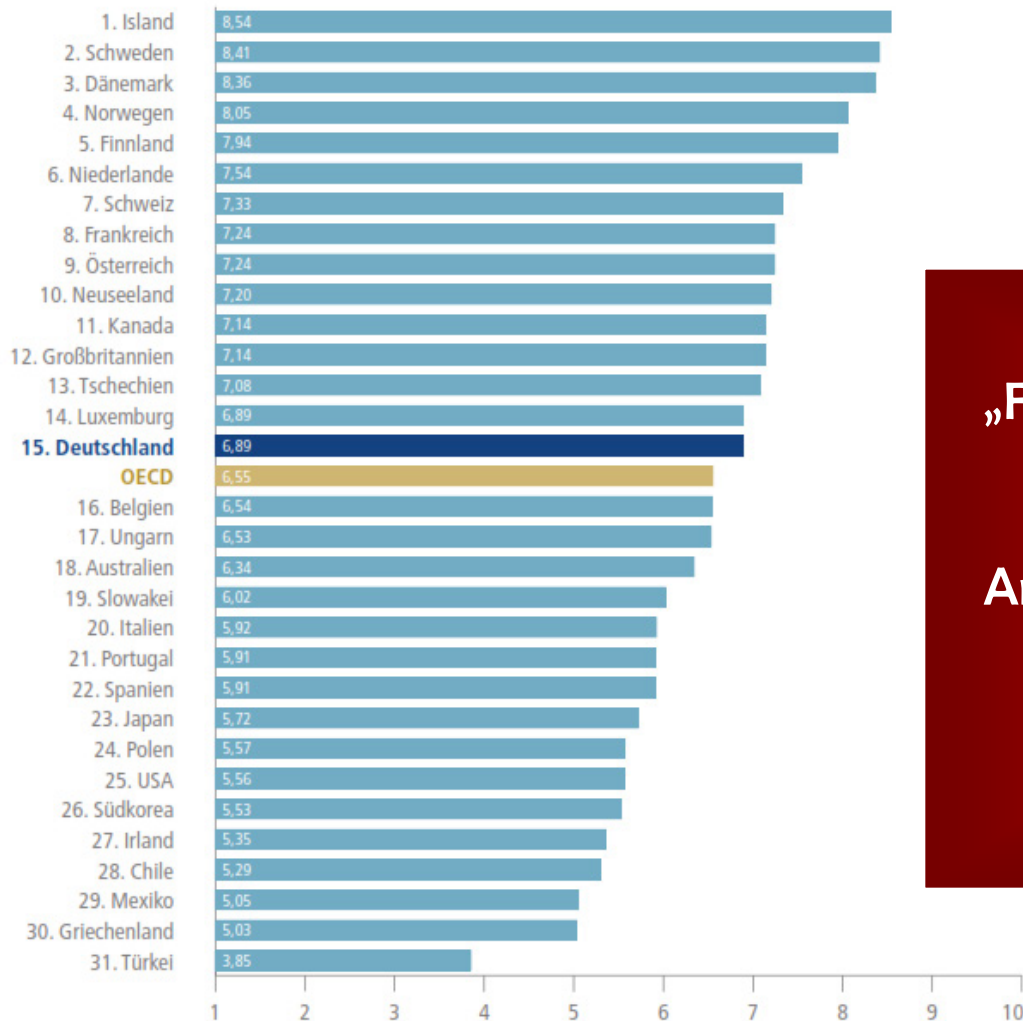
Frage

Die in klassischen sozialepidemiologischen Befunden nachweisbaren psychosozialen Konsequenzen sozialer Ungleichheit bzw. die „gesundheitspolitische Hypothek der Klassengesellschaft“ waren in den 60er und 70er Jahren ein zentraler Grund dafür, die Reform der psychosozialen Versorgung voranzutreiben.

Und heute?

These

Von besonderer Bedeutung für den Gesundheitsstatus einer Population ist das gesellschaftliche Gerechtigkeitsdefizit. Gesellschaften, in denen die Schere zwischen arm und reich groß ist und größer wird, weisen besonders negative Auswirkungen auf den durchschnittlichen psychosozialen und gesundheitlichen Status der jeweiligen Bevölkerung auf. Hier handelt es sich nicht nur um ungleiche Zugänge zu materiellen Ressourcen, sondern auch um eine Bedrohung der Solidaritätsressourcen einer Gesellschaft. Diese makrosoziale Dimension verweist auf die Notwendigkeit gesamtgesellschaftlich wirksamer politischer Interventionen hin.



Quelle: Eigene Berechnungen.

BertelsmannStiftung

Index Soziale Gerechtigkeit

„Für den vorliegenden Index wurden insgesamt fünf Zieldimensionen gebildet:

Armutsvermeidung, Zugang zu Bildung, Inklusion in den Arbeitsmarkt, soziale Kohäsion und Gleichheit sowie Generationengerechtigkeit.

Bertelsmann-Stiftung (2010). Soziale Gerechtigkeit in der OECD.

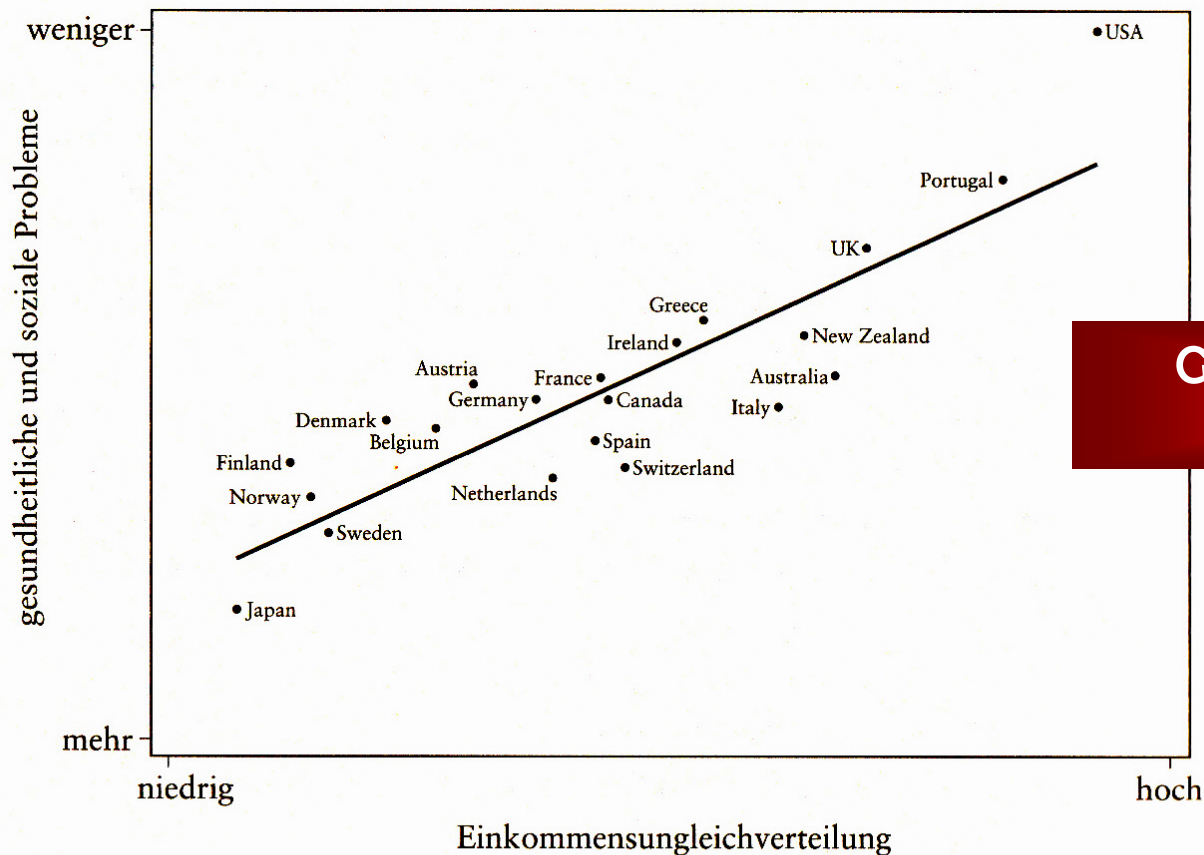
Gesundheit und soziale Gerechtigkeit



Soziale Gerechtigkeit und Gesundheit

„Unter den entwickelten Ländern weisen nicht die reichsten den besten Gesundheitszustand auf, sondern jene, in denen die Einkommens-unterschiede zwischen Reich und Arm am geringsten sind.“

Quelle: Richard G. Wilkinson (2001). Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit.



**Gesundheit und soziale
Gerechtigkeit**

Abb. 2.2 Im Vergleich der reichen Länder zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen Ungleichheit und gesundheitlichen und sozialen Problemen.

Quelle: Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). Gleichheit ist Glück.

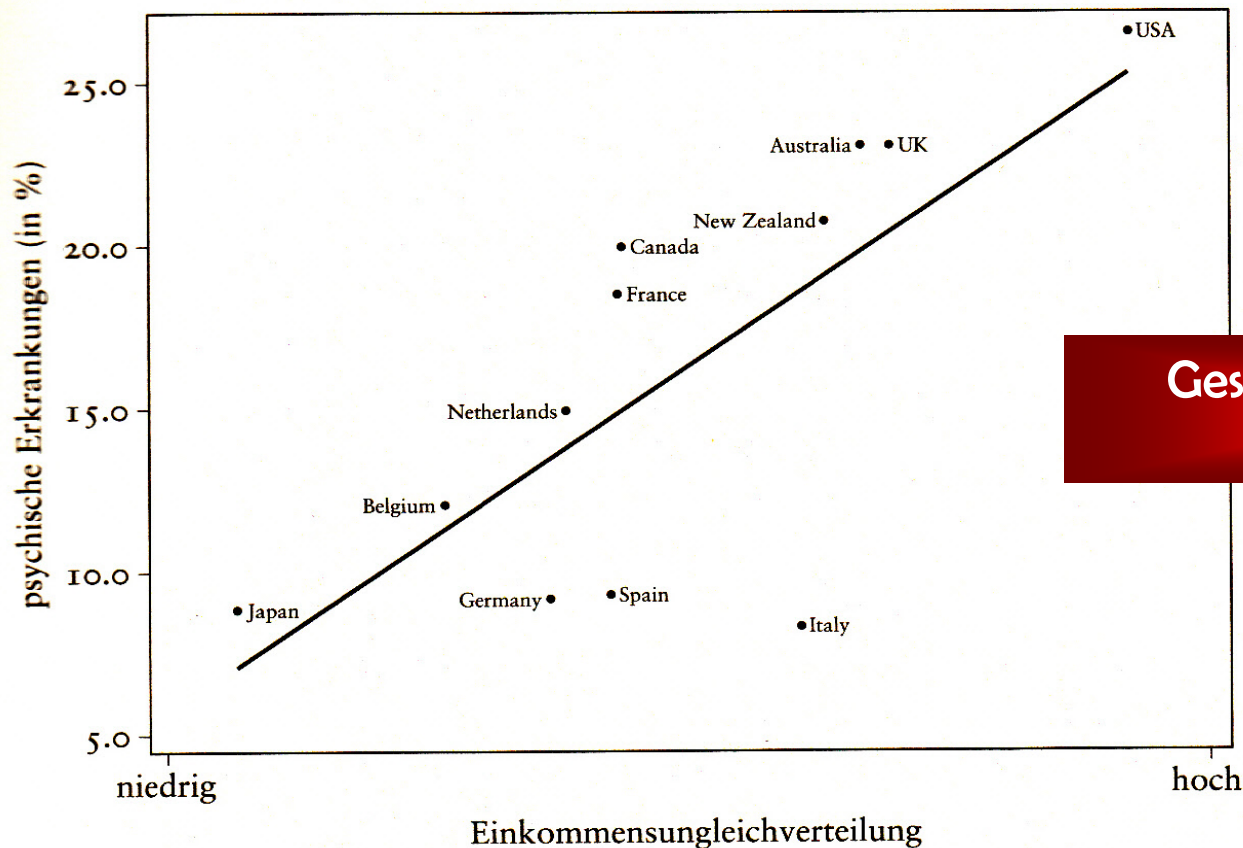


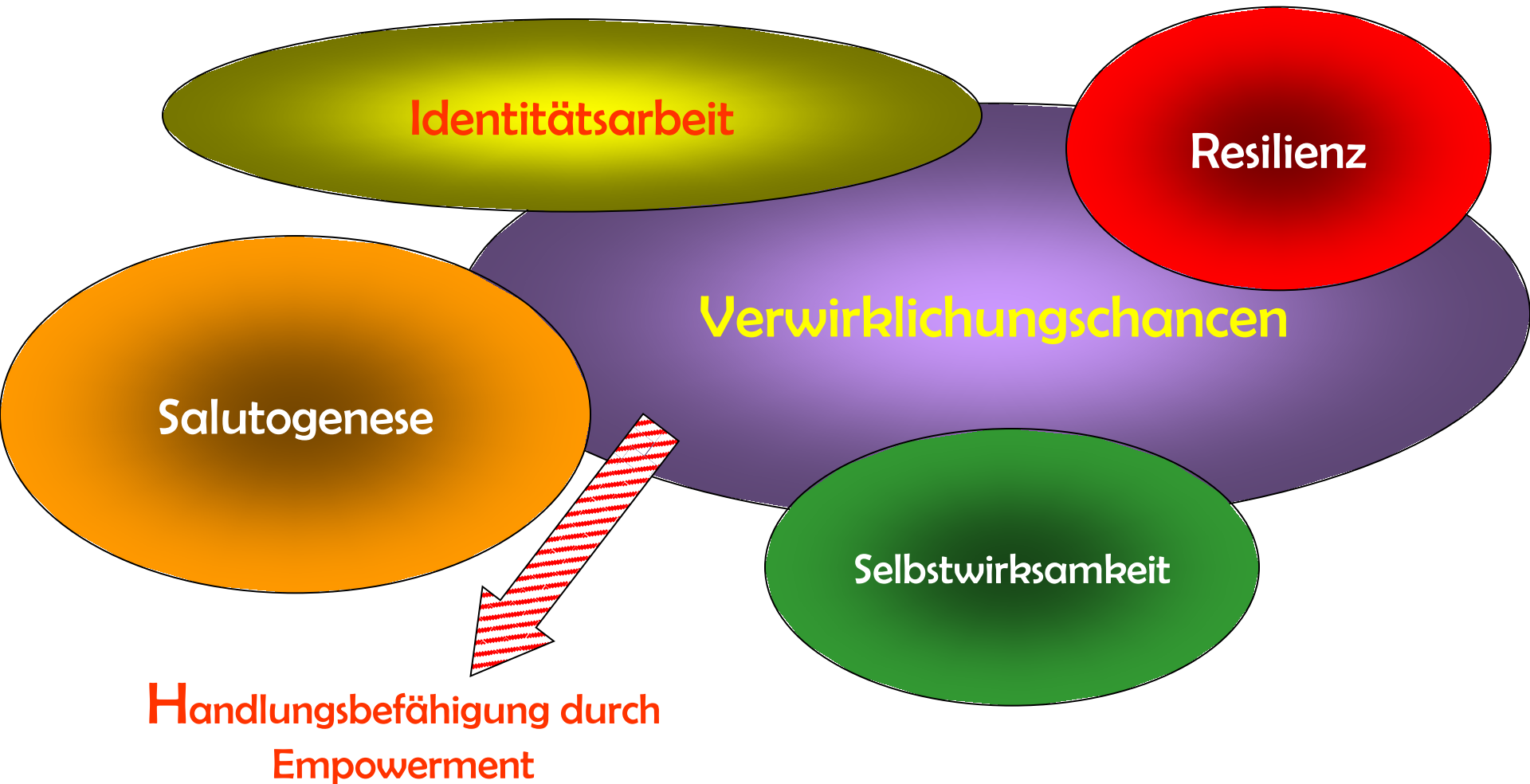
Abb. 5.1 In den Ländern mit höherer Ungleichheit sind mehr Menschen psychisch krank.

Quelle: Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). Gleichheit ist Glück.

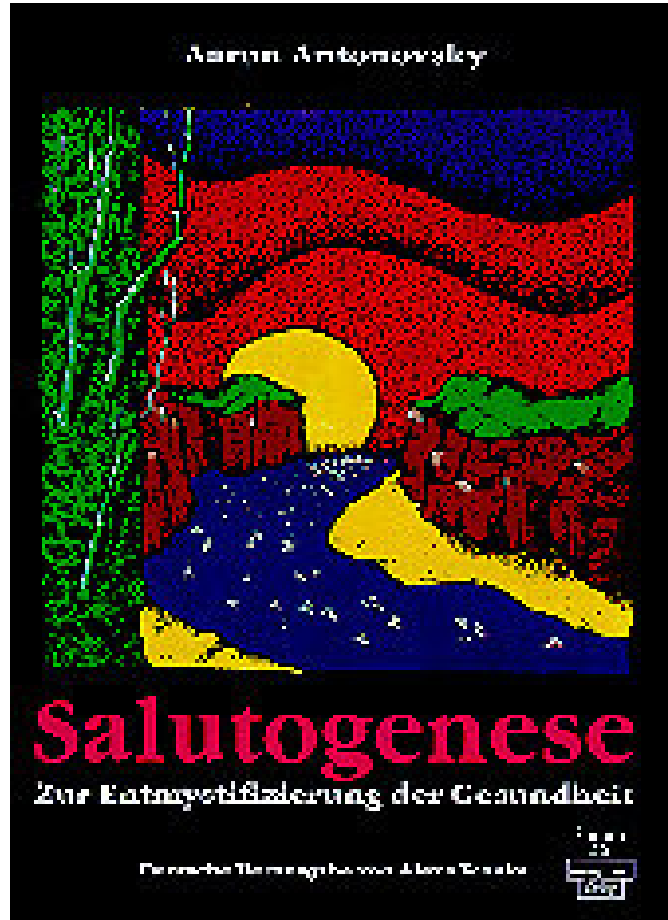
Gliederung

1. Autonomie: Die Tradition der Aufklärung
2. Empowerment: Dialektik von Autonomie und Bezogenheit
3. Kommunitäre Selbstsorge
4. Gesundheit und soziale Gerechtigkeit
5. **Verwirklichungschancen für ein gutes Leben**

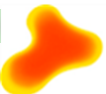
Verwirklichungschancen für die Förderung von Handlungsbefähigung:
Empowermentbausteine

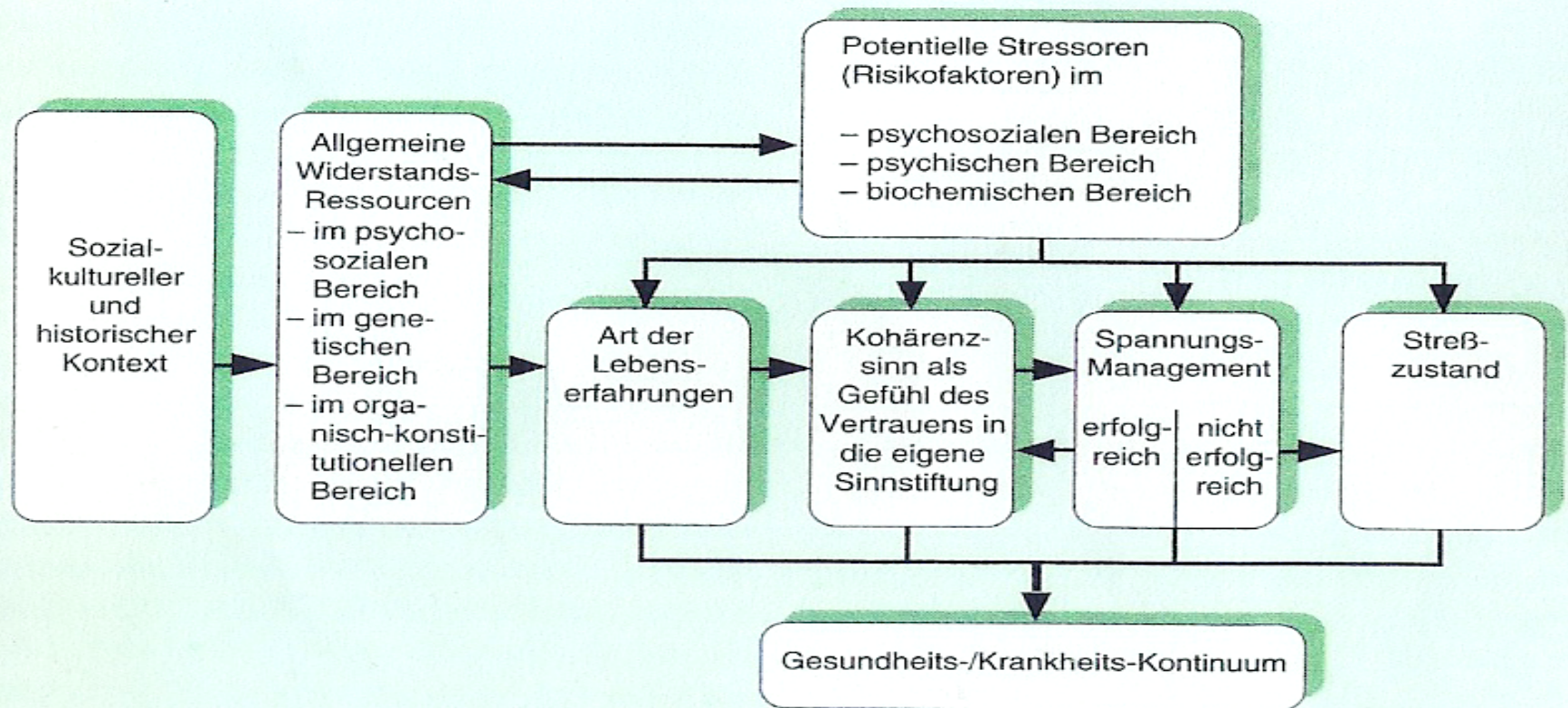


Salutogenese



Aaron Antonovsky 1923 - 1994





Das salutogenetische Modell von Antonovsky (nach Antonovsky 1979, 185).

Kohärenz ist das Gefühl, dass es Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, dass das Leben nicht einem unbeeinflussbaren Schicksal oder Zufallsgenerator unterworfen ist.

Der *Kohärenzsinn* beschreibt eine geistige Haltung:

Meine Welt erscheint mir verständlich und stimmig; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang sehen (**Verstehbarkeit**).

Das Leben stellt mir Aufgaben, die ich lösen kann. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens, meiner aktuellen Probleme mobilisieren kann (**Handhabbarkeit**).

Für meine Lebensführung ist jede Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt (**Bedeutsamkeit**).

Kohärenzfördernd sind die **Widerstandsressourcen**: Individuelle, soziale, gesellschaftliche und kulturelle Ressourcen.

BegründerInnen des Befähigungs-(Capability)-Ansatzes: Amartya Sen und Martha C. Nussbaum

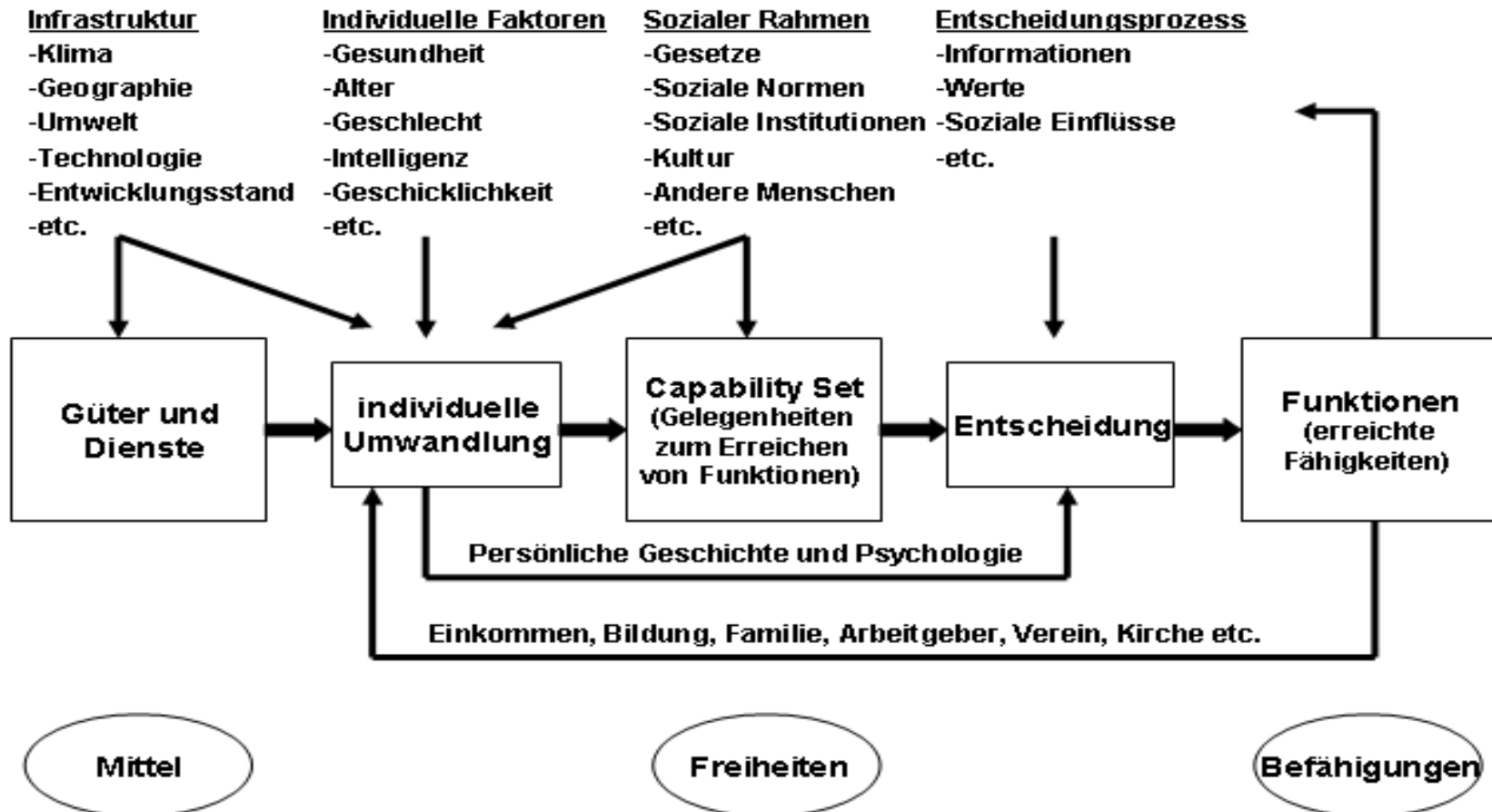


Unter Verwirklichungschancen

versteht Amartya Sen die Möglichkeit von Menschen, „bestimmte Dinge zu tun und über die Freiheit zu verfügen, ein von ihnen mit Gründen für erstrebenswert gehaltenes Leben zu führen.“

Amartya Sen (2000). Ökonomie für den Menschen

Capability Approach



In Anlehnung an: Ingrid Robeyns: The Capability Approach: a theoretical survey, Journal of Human Development, 6, 1/2005, 93-114, hier 98

Verwirklichungschancen

- (Ur-)Vertrauen als Basis für Selbstvertrauen
- Herstellung eines kohärenten Sinnzusammenhangs.
- Die Fähigkeit zur persönlichen „Grenzziehung“.
- Zeitkompetenz: Reflektierter Umgang mit Zeitressourcen
- „Einbettende Kulturen“.
- Eine materielle Basissicherung.
- Erfahrung der Zugehörigkeit.
- Kontext der Anerkennung.
- Beteiligung am alltäglichen interkulturellen Diskurs.
- Zivilgesellschaftliche Basiskompetenzen.



**Herzlichen Dank
für ihre
Aufmerksamkeit**

L'homo medicus et l'homo addictus: deux fictions nécessaires à la prévention?

Patrick Peretti-Watel
sociologue, Inserm/MESR

❖ *L'homo medicus*, cible idéale de la prévention.

Politiques publiques contemporaines et «*gouvernement des corps à distance*».

➤ **La naissance de l'*homo medicus***

✓ 1^{ère} campagne de la Ligue contre le cancer (1926).

✓ «*La croyance en l'homo medicus condamne les médecins à (...) un perpétuel désenchantement.*»

➤ **Le contexte normatif contemporain**

✓ La culture du risque (→ *homo economicus*).

✓ Le culte de la santé (→ *healthism* et construction des problèmes sociaux).

➤ **A quoi ressemble l'homo medicus contemporain?**

✓ Hypothèse sur les préférences individuelles:

le primat de la santé de long terme sur les plaisirs immédiats.

✓ Hypothèse sur les attitudes à l'égard de la prévention:

confiance et rationalité (→ changement de comportement),
plutôt que méfiance et rationalisation (ajustement cognitif).

Et nous, ressemblons-nous à l'homo medicus?

Homo medicus, un travail à plein temps...

Today's Random Medical News

from the New England
Journal of
Basic-Inducing
GothicHydrotok

WHEBERRYMAN

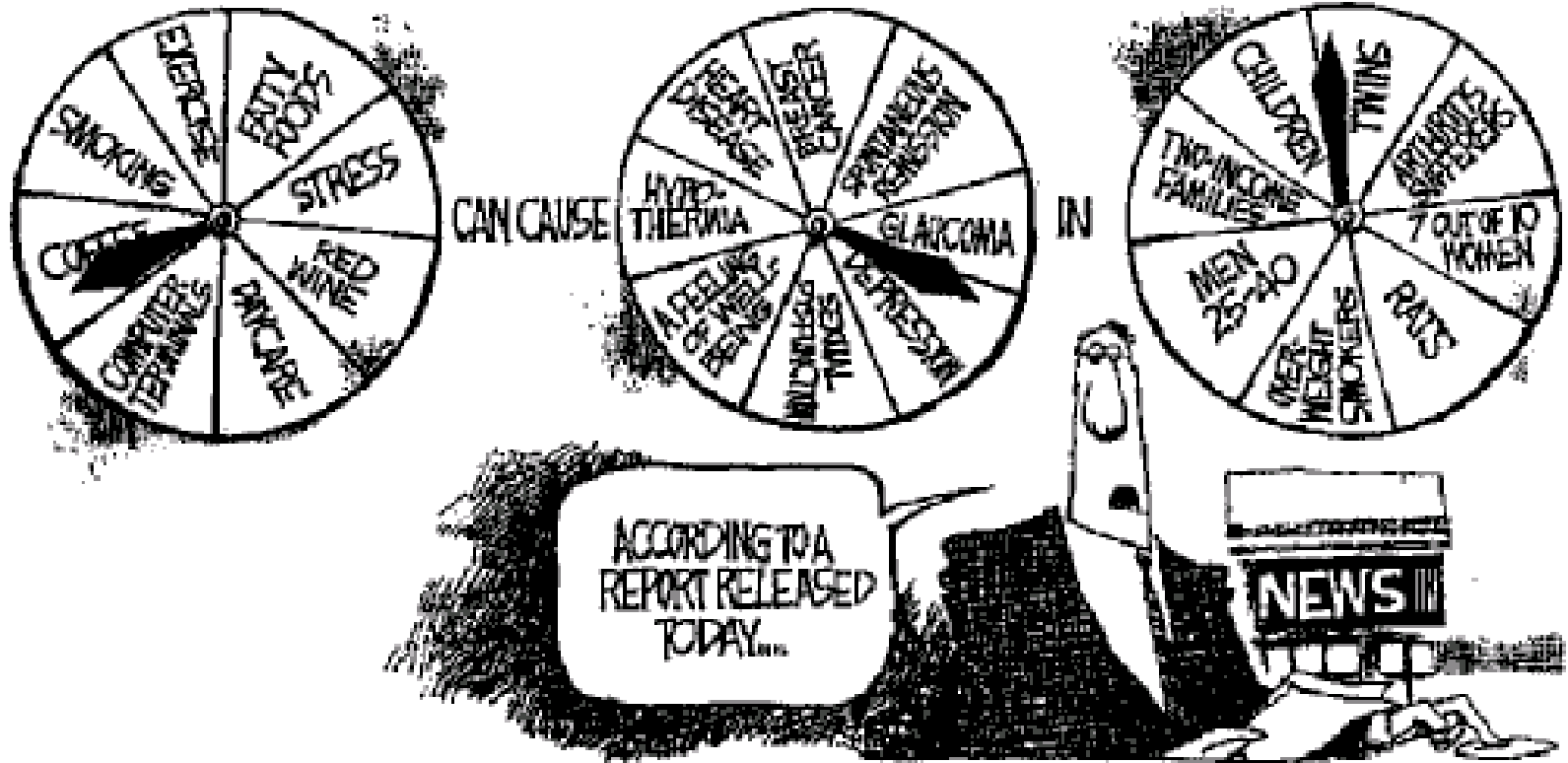


Figure 2 One view of the value of epidemiology

International Journal of Epidemiology, 2001

➤ Certains sont plus éloignés que d'autres de cet idéal...

✓ Les populations défavorisées/précaires:

- attachent moins d'importance à leur santé de long terme,
- sont davantage ancrées dans le présent,
- sont plus souvent méfiantes/indifférentes/hostiles à l'égard des campagnes de prévention,
- sont plus enclines au déni du risque.

→ Ces populations sont très éloignées de la cible idéale implicite de la prévention,

→ les politiques de prévention pourraient contribuer à creuser les inégalités sociales de santé (exemple du tabagisme).

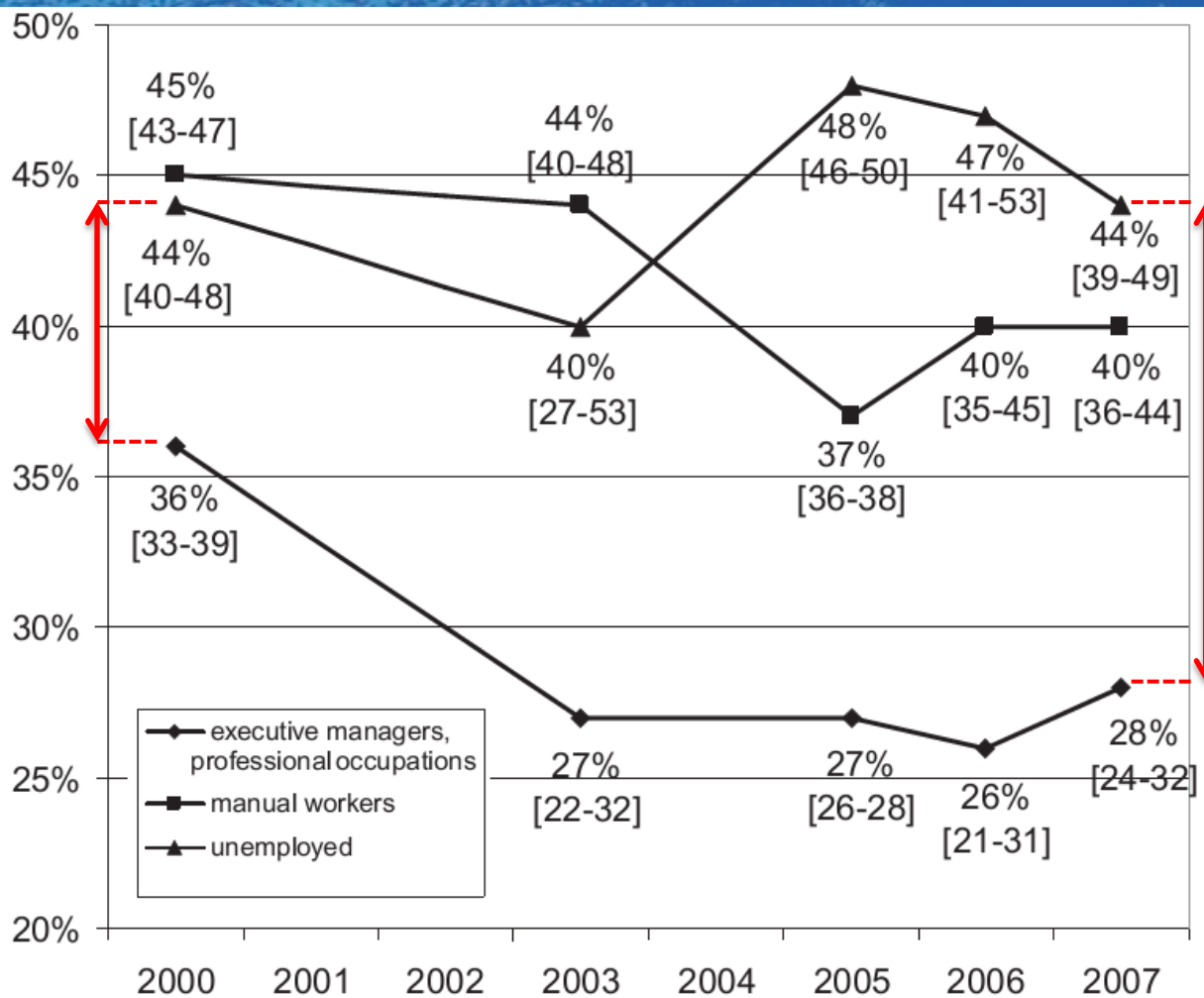


Figure 1 Smoking prevalence for executive and professional occupations, manual workers and the unemployed, 2000–07, France [National Institute for Health Prevention and Education (INPES) surveys].

❖ *L'homo addictus*, repoussoir de la prévention.

Un «démon populaire», parfait négatif de *l'homo medicus*...

➤ *La construction savante de l'homo addictus*

✓ des conduites à risque aux conduites addictives: médicalisation de la déviance et compulsion.

✓ addiction, contagion et épidémies comportementales (pression des pairs...) → des usagers agis.

✓ addiction, modèles animaux et « durcissement des faits ».

➤ *L'homo addictus dans les campagnes de prévention...*



OBESITY IS SUICIDE | But it doesn't have to end this way. Find out how bariatric surgery can help.
The Northern Bariatric Surgery Institute. www.cutweight.org



➤ *L'homo addictus*, une fiction délétère?

- ✓ Un vecteur de stigmatisation: opinions des profanes et des professionnels à l'égard des fumeurs, des personnes obèses...
→ à moins que cela ne devienne une arme pour la prévention?
- ✓ Une ressource pour le déni du risque (exemple: usages de drogues, alcool-tabac vs drogues illicites, cannabis vs héroïne).
- ✓ Un obstacle à la compréhension des «conduites addictives»: ces conduites sont aussi des pratiques sociales...

❖ Deux fictions nécessaires à la prévention?

➤ *L'homo medicus*:

✓ trop idéal, trop implicite, un modèle à abandonner ou à réformer?

➤ *L'homo addictus*:

✓ un antimodèle utile ou dangereux?

✓ ou un moyen de préserver l'*homo medicus* ? (→ rhétorique de la belle au bois dormant).

➤ Ces deux fictions illustrent la nécessité de:

- développer la réflexivité des politiques publiques;
- mieux comprendre les «conduites à risque».