

Observations inattendues... et capricieuses de la santé



Clichés



*Je sais, semble décrire un état de faits. On est toujours oublieux de l'expression :
Je crois que je sais.*

Johann Wolfgang von Goethe



Pensons-nous réellement par nous-mêmes ? Les lieux communs, les clichés, les stéréotypes, les idées reçues nous viennent spontanément avant même que nous ne prenions le temps de les analyser et de prendre du recul afin de mener notre propre réflexion. De manière volontaire ou involontaire, nous sommes parfois nous-mêmes générateurs de nos propres clichés ou nous relayons certaines idées reçues. Cependant, le cliché varie en fonction du point de vue et notamment s'il est sorti de son contexte (milieu, époque...). Un préjugé n'a pas toujours un caractère universel. Chaque individu construit son système de préjugés par apprentissage dans un certain contexte culturel. Trop souvent, on considère les clichés, les stéréotypes comme des idées fausses portant à polémique. Ce n'est cependant pas toujours le cas. Ce sont plus souvent des « raccourcis » ou des généralisations de cas particuliers.

Clichés, stéréotypes, lieux communs, idées reçues, représentations sociales, préjugés...

De quoi s'agit-il ?

Les dénominations de cliché et stéréotype prennent leur origine dans les arts graphiques, et plus particulièrement dans les techniques de reproduction à grande échelle : le procédé de clichage ou stéréotypie consiste à imprimer au moyen de planches que l'on conserve pour de nouveaux tirages. Cette définition nous montre d'ores et déjà que ces termes ramènent à des notions de répétitions et d'informations figées.

Le **cliché** exprime un lieu commun ; le cliché étant la matérialité de l'idée et le lieu commun, sa banalité. Le cliché est certes proche du lieu commun par sa banalité mais il présente plutôt des idées ou des scènes et images rebattues non pas dans la conversation courante mais dans des œuvres artistiques. Ainsi, beaucoup de métaphores et de comparaisons, à force d'usage artistique, deviennent des clichés. En ce sens, ils dépendent beaucoup de l'époque.

En rhétorique, les **lieux communs** sont un fond commun d'idées à la disposition de tous et dont la valeur persuasive est traditionnellement reconnue parce qu'elles font partie des idées couramment admises par l'auditoire et peuvent ainsi renforcer son adhésion. L'auteur peut, et même, doit y recourir. Mais il lui faut trouver le moyen de les présenter d'une manière personnelle et appropriée à la situation en se gardant d'en faire ressortir la seule banalité. Les lieux communs, loin d'être des affirmations méprisables, participent de la technique du discours, aident à l'invention et permettent de désigner les différents arguments universels que développe le rhéteur dans sa démonstration.

Aujourd'hui, dans le langage courant, cette expression a pris le sens péjoratif d'**idée reçue**. On dira ainsi : « Ce discours est un tissu de lieux communs, aucune invention, rien de personnel ». Au sens péjoratif du terme, une assertion comme « le risque zéro n'existe pas » est un lieu commun. Une fois sorti du domaine rhétorique, le vocable en est venu à désigner les platitudes caractéristiques des œuvres littéraires et participe même à les véhiculer dans l'histoire de la langue. Plus qu'une forme de discours, l'idée reçue est une pensée banale et redondante.

Comme le **stéréotype**, la **représentation sociale** met en rapport la considération d'un objet avec une essence imaginaire, en général liée à un degré socioculturel. En France, Serge Moscovici démontre le rôle des représentations sociales dans l'institution d'une réalité consensuelle, leurs fonctions sociocognitives dans l'intégration de la nouveauté, l'orientation des communications et des conduites. Il montre également que les représentations sociales peuvent être étudiées globalement comme des contenus dont les dimensions (informations, valeurs, opinions...) sont coordonnées par un principe organisateur (attitude, normes...).

Un préjugé est une idée admise sans démonstration, au même titre qu'un axiome ou un postulat. Cependant, le préjugé est considéré par celui qui y adhère comme une vérité absolue, tandis que l'axiome ou le postulat s'inscrit dans un contexte de pensée philosophique ou scientifique dans lequel il est vu comme une hypothèse de travail utilisable indépendamment de toute appréciation quant à son caractère de vérité.

Le terme préjugé désigne des opinions adoptées en l'absence d'informations ou de pratiques suffisantes. Parfois articulés sur des mythes ou des croyances, ou résultant d'une généralisation hâtive, ils sont considérés comme le point de départ de toute acquisition d'information, le processus d'apprentissage consistant simplement à les rectifier aussi vite que possible à la lumière de l'expérience.

Comment naissent et se propagent les clichés ?

Comment et dans quelles conditions un préjugé se forme-t-il ? Pourquoi, à un instant donné, le stéréotype prend-il le dessus sur les données brutes ? Les facteurs de motivation dans l'importance donnée aux schèmes varient. On peut n'avoir besoin que d'une vue d'ensemble, on n'utilise alors que superficiellement un modèle lié à une impression globale simple. Dans le cas contraire, une attention plus soutenue est accordée aux données, bien qu'elles puissent apparaître comme contradictoires ou incomplètes.

La stéréotypie se construit sur un double phénomène de généralisation, à la fois sur l'extension, c'est-à-dire l'attribution des mêmes caractéristiques à tous les objets ou êtres pouvant être regroupés sous une même désignation, et sur la compréhension, par simplification et polarisation extrême des traits qu'on leur attribue. La masse de données connaît donc une double « digestion » qui la rend immédiatement assimilable et réutilisable.

La stéréotypie et son orientation sont en grande partie déterminées par la représentation sociale au sein de laquelle elles s'établissent. Cette représentation dépend de plusieurs facteurs : sa composante cognitive, sa composante sociale, c'est-à-dire les conditions sociales dans lesquelles se construit et se transmet la représentation. La composante sociale influe fortement sur les processus cognitifs et peut générer des règles totalement indépendantes de ceux-ci.

La représentation sociale peut être vue comme une matrice de préjugés hiérarchisée qui nous présente et nous explique la réalité, définit notre identité, permet la sauvegarde du groupe, guide la plupart de nos comportements et, au besoin, les justifie en aval de l'action, dans une optique de maintien ou de renforcement de la position sociale du groupe concerné.

Ces représentations se forment par processus d'objectivisation, c'est-à-dire la mémorisation sélective d'une partie de l'information, dont les éléments sont ensuite décontextualisés, ce qui permet une utilisation large, notamment dans les représentations dites « non autonomes », dont le noyau constitutif et organisateur dépend d'une représentation extérieure. Ainsi la représentation collective du voyage en train dépend-elle de celle de l'écologie, du service public...

Le préjugé, une composante de la société

Le stéréotype est une composante intégrante et indispensable de la vie en société, sans laquelle notre compréhension du monde serait impossible du fait du niveau de détail limité que nous sommes capables de prendre en compte. Il nous faudrait donc recourir à des séries de catégorisations. W. Lippmann ne considère pas les stéréotypes comme justes ou erronés mais en tant que fiction, non pas parce qu'ils diffèrent des faits réels mais parce qu'ils reflètent un imaginaire social.

Le stéréotype est un facteur essentiel de cohésion sociale : il permet de construire plus rapidement des relations plus efficaces, ainsi que de manifester la solidarité du groupe, lui donner plus de cohésion et le protéger contre toute menace de changement. L'adhésion à un stéréotype relève du marché tacite : en échange de la revendication d'une certaine opinion ou conception du monde, on reconnaît et valide une appartenance au groupe qui favorise l'intégration et intervient dans l'élaboration de l'identité sociale individuelle et collective.

La nature protéiforme du préjugé interdit toute identification d'une origine, bien que la répétition et la diffusion plus rapide et plus globale de certains schémas à travers la littérature de masse,

les séries télévisées, la publicité, les livres scolaires, puissent leur permettre de prendre corps plus rapidement.

L'essentiel de la nocivité du préjugé provient de sa propriété à rapporter un groupe, ses membres et ses traits principaux à une essence immuable qui dérive en fait d'un statut et d'un rôle social dans lequel il se trouve confiné, ce rôle étant justifié par le préjugé. Ce cercle vicieux sévit par exemple dans la considération des communautés maghrébines. Perçus comme moins compétents du fait de ce qui apparaît comme une position sociale pérenne, ses membres accèdent difficilement à des postes à hautes responsabilités. Étant observés dans la plupart des cas en position d'infériorité, ils entretiennent la persistance du préjugé.

Tuer/modifier un préjugé, est-ce possible ?

La dangerosité des préjugés étant établie, de multiples méthodes d'éradication ou de réalignement ont été théorisées bien qu'une majorité s'entende sur un point : l'importance d'une interaction active de ceux qui l'émettent ou le confortent avec l'objet du stéréotype.

Il est très difficile de discréditer totalement un préjugé. Sa dimension subcritique s'appuie souvent sur le mythe du « noyau de vérité », l'idée qu'il doit bien venir de quelque part, même dans des cas aberrants : ainsi l'image extrêmement négative des juifs observée dans une communauté du Guatemala qui n'avait jamais eu aucun contact avec eux, ou la réputation de commerçants malhonnêtes prêtée aux Arméniens en Californie, alors qu'aucune plainte n'a jamais été déposée contre eux.

En 1933, D. Katz et K. Braly soumettent à des étudiants de Princeton une liste d'adjectifs qu'ils doivent rapporter à différents groupes ethniques. Les stéréotypes mis en relief par associations récurrentes chez la plupart des élèves (le Noir serait superstitieux, paresseux et insouciant, l'Allemand aurait l'esprit scientifique, le goût du travail et le sens de la patrie...) semblent au premier abord résistants au changement. Cependant, à la suite du bombardement du port de Pearl Harbour (décembre 1941) l'image des Japonais subit de profonds bouleversements : perçus auparavant comme intelligents et travailleurs, ils sont dès lors décrits comme rusés, traîtres, cruels et farouchement patriotes, image qui persiste jusqu'au milieu des années 1960. L'image des Japonais a changé parce qu'on a donné à la population une image différente, produit de la propagande de guerre, avec laquelle interagir.

Muzafer Sherif voit la matrice du stéréotype et du préjugé dans les situations compétitives, d'autant plus lorsque le rapport de force est déséquilibré : *La promulgation d'images de supériorité dans une société est l'un des moyens qu'utilise le groupe dominant pour maintenir sa position.* La modification de cette perception et la résolution du climat concurrentiel nécessiteraient donc une modification radicale des données de base, du noyau dur du préjugé, pour laquelle le contact seul, corrompu par une perception préexistante persistante, ne suffit pas. Les régions multiculturelles, où différentes populations sont en contact constant mais entretiennent des rapports extrêmement tendus, en sont le premier exemple.

Pour Claude Flament, la modification des circonstances externes engendre celle des pratiques sociales, qui bouleversent à leur tour les prescripteurs conditionnels qui finissent par influencer sur les prescripteurs absolus. Il est d'avis qu'un changement au niveau des idées doit être invariablement précédé par le vécu de nouvelles pratiques.

Décrire, pour ne pas expliquer ou feindre de comprendre ?

Le stéréotype relève généralement d'une prise de position simpliste et très conventionnelle, pour ne pas dire banale, qui repose sur des « on dit » et non sur des fondements réfléchis et argumentés. Ceux qui véhiculent les stéréotypes partent souvent du principe qu'un stéréotype correspond à la réalité. Ce mode de raisonnement permet à la fois de faire l'économie d'un discours argumenté et de critiquer ce que l'on ne connaît pas.

Admis en tant que tels au sein de groupes sociaux, les clichés apparaissent comme l'émanation d'une entité collective, fruit d'un processus de généralisation qui est un des mécanismes à l'œuvre dans leur formation. Les clichés ne sont pas des idées fausses. Ils sont des motifs répétés et admis par l'ensemble d'une communauté ou d'un groupe social.

Tout cliché est relatif à une culture donnée. Dès lors, les clichés ne sont pas les mêmes d'un peuple à un autre. Le cliché est le témoin d'un partage, il a un caractère unificateur puisque tout le monde (ou presque) le connaît et le reconnaît comme tel.

Aussi, les clichés véhiculent des apparentes certitudes, s'imposent telles des évidences voire des descriptions communément admises. Ils n'appellent pas l'argumentation. En évitant le questionnement, ils permettent de faire l'économie de la réflexion de la remise en question. On pourrait en déduire qu'ils sont nuisibles au progrès de la pensée, à l'innovation et à l'action.

La santé, malade de ses clichés ?

En matière de santé, il existe de nombreux clichés.

Parmi les plus récents, celui véhiculé par une étude menée auprès de 257 805 femmes à travers l'Europe, tendant à démontrer que 2h30 de ménage quotidien pourrait réduire le risque de cancer du sein de 6%. Les réactions à cette publication ont agité les réseaux sociaux : quand « la science » vient conforter un cliché sexiste, on peut se réjouir du fait que le débat existe ! Si cet exemple est caricatural et prête à sourire, d'autres, plus persistants, sont malheureusement moins discutés.

On entend souvent dire que le corps médical se féminise. Au regard des données, il est indiscutable que les femmes qui s'engagent dans le cursus de formation en médecine et y réussissent sont plus nombreuses qu'il y a 30 ans. Les femmes ont davantage accès aux études supérieures, tout comme les hommes d'ailleurs. Il ne s'agit pas d'une idée fausse. Ce qui pose question, c'est la raison pour laquelle on invoque la féminisation de la profession de médecin. Les femmes médecins travailleraient différemment des hommes, aspirant à disposer de temps personnel pour s'occuper de leur famille. Ainsi, c'est l'augmentation du nombre de femmes qui modifierait la pratique du métier de médecin. Mais pourquoi ne pas se demander si ce n'est pas l'ensemble des médecins qui aspire désormais à disposer de plus de temps personnel ? Si le temps où le médecin de campagne était entièrement dévoué à son métier et à ses patients, ou celui où le chirurgien ne quittait son bloc opératoire que pour quelques heures de sommeil, sont révolus, ne serait-ce pas le fait de l'évolution du rapport au travail de l'ensemble de notre société ? La loi, elle-même, est à l'origine de cette évolution, par la réduction du temps de travail qui a modifié nos modes de vie. Pourquoi les médecins échapperaient-ils à l'envie de travailler moins, choisissant par là même de gagner moins, au profit d'une meilleure qualité de vie ?

Les données produisent-elles la santé ?

Autre idée reçue, on pense à tort que les indicateurs servent à définir une politique. En réalité, ce ne sont pas les indicateurs qui permettent de bâtir une politique, mais l'inverse. Les indicateurs ne sont pas utiles dans l'absolu : ils servent à mesurer une évolution et donc les effets de l'action menée. La recherche d'indicateurs de santé est motivée par le besoin d'évaluer, et surtout de réaliser le suivi des politiques mises en place. Parler d'indicateurs revient à parler de la politique publique à laquelle ils se réfèrent. Ne peut-on pas s'interroger par ricochet sur les indicateurs manquants, le manque de repères pour tel ou tel âge, ou tel ou tel segment de la santé ?

Pour qu'un indicateur soit efficient, son dénominateur doit être judicieusement choisi en fonction d'une réalité sociale dont les politiques de santé, les schémas régionaux, les projets locaux de santé, veulent tenir compte. Or, souvent, l'attention portée à ces dénominateurs pourrait être plus grande.

C'est ce changement de regard qui a été le point de départ des « Observations inattendues et capricieuses de la santé ». Malgré l'existence de données, lorsqu'on aborde la santé dans son lien avec la société, de nombreuses questions restent sans réponses :

- Pourquoi continuer à présenter les statistiques de santé en distinguant hommes et femmes, si aucune politique de santé dédiée n'est développée ?
- La santé a-t-elle une véritable réalité économique, et si oui, pourquoi et comment ne plus la considérer encore sous l'angle de son coût ?
- Le réchauffement climatique annoncé va-t-il impacter la santé ?
- On dit que les enfants apprennent bien et vite : pourquoi l'école n'est-elle pas le lieu privilégié d'une politique de santé massive d'information et d'éducation à la santé ?
- Aux âges extrêmes de la vie –enfance, vieillesse–, la politique de santé produit des résultats : qu'en est-il de l'état de santé aux âges actifs ?
- Où sont les limites de l'intime ? Pourquoi la sexualité est-elle tant explorée ? Quel est l'intérêt de disposer de tant de données sur la vie intime des Français ?
- Quels sont les véritables enjeux de la recherche en santé ? Pourquoi la recherche française n'attire pas plus de spécialistes ?
- La santé mentale vise-t-elle à protéger les malades d'eux-mêmes ou à protéger les citoyens des malades mentaux ?

Élargir le regard : un bien nécessaire

La Santé publique a en effet besoin de l'apport d'autres domaines, d'autres champs. C'est sans doute pour cela que deux grands succès de la Santé publique française ont été atteints lorsque

le point de vue de la santé a été intégré à d'autres regards et à d'autres façons de faire. La petite enfance a bénéficié de la politique de la population de la troisième République, et les accidents de la circulation se sont enrichis de la lutte contre l'insécurité routière initiée par les Ministères de l'équipement et de l'intérieur. Ces deux politiques continuent d'ailleurs d'exister. Voilà pourquoi dans les « Observations inattendues et capricieuses de la santé », les divers thèmes sont traités via les approches que l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais a jugé nécessaires d'explicitier, permettant par là même de démonter quelques clichés sur...



Le climat

- L'impact du réchauffement climatique sur la santé des 4 millions d'habitants du Nord – Pas-de-Calais sera de... zéro. Car pour mesurer les effets de l'évolution du climat, il faut changer d'échelle. Aucun effet n'impactera la santé de la région, préservée par sa situation géographique la constitution de son territoire et... son climat.
 - Avec une estimation d'environ 70000 décès supplémentaires en Europe occidentale et 15000 décès supplémentaires en France, la canicule a fortement marqué les esprits. C'est pourtant le froid qui reste plus meurtrier que la chaleur en chiffre absolu.
- Cf. « *Climat, météo et santé* ».



L'économie et la santé

- 206,5 milliards d'euros, c'est le montant des dépenses de santé nationales : c'est l'équivalent de 61,7% du budget de l'état. 38 euros, c'est le montant généré dans la consommation de biens par 100 euros investis dans la santé. La santé produit donc directement 78,5 milliards d'euros de richesse. Elle représente aussi 7,8% des emplois de la population active en France en 2006. Et 30% dans le revenu brut disponible des ménages français en 2004, provenant des prestations sociales. Pourtant, cette richesse générée est inégalement répartie : selon les régions, selon les endroits, indépendamment de la contribution et plus grave encore... indépendamment des besoins.
 - On pense souvent à tort que les emplois de la santé sont hyper qualifiés. Or l'essentiel de ces emplois sont en réalité moyennement à peu qualifiés, occupés principalement par des femmes. À titre d'exemple, les trois premières professions relevant du secteur économique santé sont les infirmières, les aides-soignantes et les agents de service hospitalier.
- Cf. « *L'économie et la santé* ».



Le genre et la santé

- L'égalité hommes-femmes n'existe dans aucun pays au monde, pas plus que dans la région Nord – Pas-de-Calais, où les écarts de taux d'activité, de niveaux d'étude et de revenus entre les deux sexes impactent directement et défavorablement la santé des femmes. Et pourtant, on sait que plus les femmes sont en bonne santé, meilleur est l'état de santé de toute une population. Est-il possible de développer une politique de santé des femmes qui prendrait en compte les dimensions sociales et économiques ?
- La perception médicale de la santé de la femme est longtemps restée très influencée par le souci de préserver les capacités reproductives de la moitié de la population française : cancer du sein, cancer de l'utérus, débat sur l'IVG et contraception ont focalisé l'attention et les moyens d'action. Cette focalisation semble persister. La crainte de voir qualifier la démarche de sexiste ou de discriminante est-elle à l'origine de cette persistance ? En effet, la santé des femmes ne fait l'objet d'aucune politique dédiée, hormis les actions de santé relatives à ses spécificités biologiques (cancers de l'utérus, du sein). L'approche de la santé en fonction du genre semble taboue, là où par exemple aux USA la prise en compte des races et origines dans les statistiques est couramment admise, sans pouvoir affirmer qu'elle l'est dans les politiques. Au regard des chiffres et de la réalité observée, l'expérience mériterait d'être tentée. Notamment parce qu'un très grand nombre d'analyses a décrit depuis longtemps qu'une amélioration de la santé des femmes est toujours un moyen d'amélioration de la santé de l'ensemble d'une population.
- Cf. « *Genre et santé* ».



L'alimentation

- Interrogés sur leur alimentation, les Français décrivent avant tout la convivialité et le partage : il ne s'agit pas pour eux d'une nécessité ni d'une obligation mais d'abord d'une socialité alimentaire. Outre sa vocation biologique, l'acte alimentaire a une forte charge culturelle, sociale et affective. Manger est un moment de plaisir revendiqué. C'est bien

parce que les comportements alimentaires sont profondément ancrés dans le vécu des individus, leur enfance, leur sphère familiale et leur groupe socioculturel qu'il est difficile de les modifier. Cf. « *L'alimentation* ».



Les déchets

- Les décideurs n'ont jamais été aussi confiants dans la sûreté des installations, encouragés par l'absence de conclusions des études épidémiologiques liées au traitement actuel des déchets. Mais on recense au niveau national 4 115 sites pollués, de nature très hétérogène, qui demandent une action des pouvoirs publics à titre curatif ou préventif. Les deux principaux modes de gestion des déchets en France –stockage et incinération– apparaissent tous deux comme potentiellement contaminants pour l'environnement.
- La notion de danger est définie en fonction des propriétés des déchets. Certains déchets ne présentent pas de danger en tant que tels pour la santé humaine. En 2006, plus de 40% des déchets produits provenaient de l'agriculture et étaient d'origine biologique. C'est leur mode de gestion, notamment lorsqu'ils sont incinérés ou stockés, qui peut engendrer des problématiques de santé publique. C'est lorsqu'ils contiennent des substances nocives, dont seule une trentaine est à ce jour identifiée, que les déchets sont classés en « déchets dangereux ». De manière générale, la moitié de ces déchets dangereux provient des activités industrielles.
- Un peu plus de 6% des déchets d'activités de soins à risques infectieux ne sont pas traités de façon appropriée du fait de l'absence de tri et représentent de graves menaces sanitaires. Cf. « *Les déchets et la santé* ».



L'école

L'école a toujours été l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé. Ceci repose sur deux arguments fréquemment invoqués : d'une part, une action précoce serait un gage d'efficacité de l'action préventive ; d'autre part, l'école permettrait d'atteindre l'ensemble des individus d'une classe d'âge déterminée. Si la politique éducative de santé à l'école s'inscrit désormais dans un programme quinquennal, cela ne suffit pas. La prise en compte de la santé des élèves peut-elle être l'affaire de quelques spécialistes ou concerne-t-elle l'ensemble de la communauté éducative, des parents jusqu'aux autorités ? Peut-on éduquer à l'hygiène de vie et continuer à imposer des rythmes de vie et de scolarité stressants et incohérents qui vont à l'encontre du bien-être physique, psychique et social des enfants et adolescents ? Que penser du fait que près de la moitié des enfants ont « mal au ventre » de ne pas être allés aux toilettes à l'école, de peur de l'état des lieux ou de son manque d'intimité. Cf. « *L'école et la santé* ».



Les inégalités des chances et la santé

- La lutte contre les inégalités de santé passe par l'ensemble des champs sociaux avant celui de la santé. Parmi les facteurs d'accroissement des pays, l'éducation tient une place prépondérante. Or, les pays les plus pauvres sont ceux qui investissent le moins dans l'éducation.
- Il existe une véritable variabilité des inégalités, qui entraîne la question suivante : « Quelles sont les politiques mises en place afin d'y répondre ? ». L'observation des différentes politiques menées revendiquant la lutte contre les inégalités, est le plus souvent territorialisée. Mais le but premier est bien de rendre le territoire autonome ou tout simplement de le faire ressembler à celui d'à côté. Pourtant, les conditions sources des inégalités ne connaissent pas de limites territoriales. Ces politiques sont quasiment toujours dirigées vers le social. Mais en réalité, les inégalités sociales et médicales ne sont-elles pas une conséquence des inégalités des chances plus structurelles ? Cf. « *Inégalités des chances et santé* ».



L'intimité, la sexualité

- Pourquoi cherche-t-on à savoir autant de choses sur la sexualité ? Pourquoi vouloir en savoir autant sur ce qui relève de l'intime ? On peut même s'en offusquer : de quel droit la santé, la recherche, la société s'immiscent-elles ainsi dans la vie intime, dans le lit de chacun ? L'intimité sexuelle est-elle encore de l'intimité quand tant de disciplines –sociologie, santé, ethnologie, médias– l'explorent ? On peut s'interroger sur le bien-fondé de la curiosité, scientifique ou sociétale, sur les pratiques sexuelles de chacun qui relèvent de l'intime dans

la mesure où ces pratiques –à condition d'être librement consenties– ne représentent aucun enjeu de société.

- Toutefois, on peut aussi considérer que les explications produites par ces multiples regards en montrant la complexité des choses, engendrent plus de liberté pour chaque individu. Plus on multiplie les savoirs et les angles de compréhension, plus la spécificité de chacun devient patente. La personne, décrite par ses innombrables dimensions (âge, sexe, profession, situation familiale, etc.) peut y voir son individualité renforcée. Les connaissances des pratiques sexuelles contribueraient donc à permettre à chacun de vivre pleinement ses choix.

Cf. « *Intimité, sexualité* ».



Les âges de la vie

- Alors que les politiques de santé ont surinvesti la santé des enfants, des jeunes et des personnes âgées, aucune politique n'est centrée sur la population située « à l'âge actif », c'est-à-dire entre 25 et 65 ans approximativement. Certes, cette population est concernée comme d'autres par des politiques thématiques nationales : cancer, maladie cardiovasculaire, VIH, prévention de la sécurité routière, etc. Sur ces thèmes nationaux, des indicateurs de santé existent, mais aucun sur les caractéristiques spécifiques de cette population.
- Il est paradoxal que le cœur de cible de la surmortalité régionale –l'âge adulte– soit si peu décrit et n'ait pas été analysé. Le constat est pourtant très sévère dans la région Nord – Pas-de-Calais. Entre 25 et 65 ans, la surmortalité est flagrante, évidente, intolérablement concentrée. Rapportés aux autres régions, les chiffres sont éloquentes : chaque année, ce sont environ 2 500 personnes âgées de 25 à 65 ans de plus qu'ailleurs qui décèdent prématurément. D'autant plus intolérable que ce sont des âges auxquels on n'est pas censé mourir. Ces âges représentent 35 % de la surmortalité régionale, sans que l'on sache encore pourquoi, ni que l'on n'ait jamais cherché à savoir pourquoi. Il n'existe aucune approche régionale centrée sur la santé au milieu de vie. L'âge adulte est le grand oublié dans l'étude du comportement en santé, dissimulé par des politiques de santé axées sur des pathologies et l'existence de la médecine du travail. Or tout le monde ne travaille pas.
- Après la Protection Maternelle et Infantile (PMI), la santé scolaire, variablement solide selon les départements, prend peu ou prou la relève du suivi des enfants. Mais qu'en est-il à l'âge du collège ? Rien ou si peu, hormis une visite obligatoire à 14 ans, uniquement réservée aux jeunes s'orientant vers les branches professionnelles : il s'agit pourtant de l'âge de la vie où les habitudes prennent leur place, habitudes qui peuvent optimiser la qualité du reste de la vie. Il est tout à fait probable qu'un enfant aborde l'adolescence avec des troubles de vision non corrigés, des caries non soignées ou encore un problème de surpoids.

Cf. « *Les âges de la vie* ».



Les associations et la santé

- Il est difficile de savoir si des associations ont des activités dans le domaine de la santé ou non. C'est un paradoxe, à moins de se fonder sur une définition large de la santé « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » telle que définie en 1946 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans ce cas, en effet, pourrait-on considérer que toutes les associations peuvent contribuer à la santé, même les clubs de pétanque, ceux du 3^e âge, ou encore les associations de pêcheurs ?
- Dans la région Nord – Pas-de-Calais, une partie des associations a une activité explicite en santé : on en compte de nombreuses dans le Nord – Pas-de-Calais, comme par exemple l'Institut Pasteur de Lille, l'ORS Nord – Pas-de-Calais, Vie Libre, etc. Pourtant, il est difficile de savoir quelles sont, parmi elles, celles qui interviennent au nom des pouvoirs publics, celles qui contribuent au débat et à la connaissance, celles qui revendiquent. C'est toute l'ambiguïté de ce que sont aujourd'hui les associations. Leur posture qui peut être : soit « je participe », soit « je contribue au débat », soit « je m'oppose », ou une combinaison de plusieurs de ces facettes, n'est pas visible au travers de leur financement. Certaines ne sont d'ailleurs pas financées. Le financement n'est donc pas un prisme suffisant pour comprendre l'action.
- Des rapports complexes et ambigus lient les pouvoirs publics et les associations. Les associations ont besoin des pouvoirs publics ; les pouvoirs publics ont besoin des associations ; les pouvoirs publics critiquent les associations ; les associations critiquent les pouvoirs publics...

Cf. « *Les associations et la santé* ».



Les risques, catastrophes et crises

- Pour le profane, toute menace, aussi incertaine soit-elle, relève du risque.

La science en fournit une définition plus précise, qui gravite autour de trois notions : aléa, probabilité et enjeu. Le risque peut s'appliquer à une personne ou à une population, à des biens matériels ou immatériels (organisations) ou à l'environnement et aux écosystèmes. On oppose généralement le risque à l'incertitude –non quantifiable en termes de probabilité– et au danger, moins identifiable et encore moins quantifiable. Il existe donc autant de risques que d'intérêts humains et la santé fait partie de ces enjeux.

- Un risque choisi est toujours mieux accepté qu'un risque imposé. Les facteurs de risques individuels liés au tabagisme, à l'alcoolisme ou encore aux accidents de la route sont jugés graves, mais semblent assumés par une grande partie de la population. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils sont si difficiles à combattre.
- Nous sommes entrés dans une société où le risque occupe une place centrale et devient un objet social et politique autant qu'une probabilité mathématique. Le risque conduit l'Homme à modifier son environnement pour y faire face. La modification de l'environnement faisant suite au progrès, est également porteuse de risques qui sont plus difficilement perceptibles.
- La conscience que l'on a du risque ne se situe pas dans le présent, mais essentiellement dans l'avenir, ce qui donne au risque une force sociale et politique. Moins l'activité est familière et moins les dangers qu'elle représente sont connus, plus le risque perçu est important. La perception du risque est un facteur déterminant de son apparition, tout comme les éléments de contexte nécessaires pour passer du risque à l'accident. Chaque catastrophe met en évidence les difficultés à appliquer un plan préétabli et alimente invariablement réflexion et critique. Les risques deviennent ainsi profondément déstabilisateurs pour la société, avant même l'apparition de catastrophes.
- La prévention a investi des pans entiers de notre existence, désormais traduits en termes de risques qu'il est nécessaire de prévenir. Des gestes qui semblaient jusqu'alors anodins deviennent facteurs de risques. Dans la recherche effrénée d'une santé parfaite, se dessinent un carcan moral, une tyrannie de l'expertise et le spectre de la privation.

Cf. « *Risques, catastrophes et crises* ».



La ruralité et la santé

- 53% des habitants de la planète sont des ruraux, soit plus de 3,3 milliards d'individus.

L'Asie de l'Est et l'Asie du Sud rassemblent 70% des ruraux de la planète dont près de 25% vivent en Chine et presque autant en Inde.

- En France, la ruralité connaît de profonds changements. D'un côté, la tendance de l'urbanisation se poursuit au travers de la montée des métropoles régionales et des zones périurbaines, ce qui favorise le mouvement de désertification des campagnes. D'un autre côté, de nombreux bourgs ruraux se repeuplent et deviennent des lieux de vie et d'emploi dynamiques et attractifs.
- Il ne faut pas confondre ruralité et activité agricole qui se sont disjointes après les années 1970. L'image d'un monde rural replié sur lui-même, d'un mode de vie rural particulier et autonome n'est évidemment plus de mise. L'image négative que les citadins avaient traditionnellement de la campagne s'est inversée. Après une phase de désertification, l'espace rural retrouve son attrait à la périphérie des zones périurbaines qui se développent au point d'absorber de plus en plus d'espaces ruraux.
- À l'échelle mondiale tout comme à l'échelle de la France et de la majorité des régions, l'état de santé global des populations en milieu rural, constaté par les indicateurs de mortalité, est moins bon qu'ailleurs.
- Seuls 10 à 20% des médecins généralistes travaillent et sont domiciliés en commune rurale. Si l'enjeu de la ruralité face à la santé tient dans l'importance d'une offre en quantité, elle doit également intégrer la qualité et la continuité du parcours de santé.

Cf. « *Ruralité et santé* ».



La recherche

- En 2006, l'Union Européenne comptait encore deux fois plus de diplômés en sciences et technologies que les états-Unis et près de quatre fois plus que le Japon, l'Inde, la Chine, ou d'autres pays développés d'Asie du sud-est.

- La France est le seul pays européen, avec la Grande-Bretagne, à avoir plusieurs établissements parmi les 50 meilleures universités mondiales selon les classements de Shanghai ou du Times.
- En France en 2006, la dépense intérieure de recherche et de développement représente

2,1 % du PIB national et place la France au-dessus de la moyenne de l'Union Européenne mais seulement au 4^e rang des pays de l'OCDE.

- Le Nord – Pas-de-Calais est en pointe dans différents domaines tels que la recherche sur les maladies dégénératives dont la maladie d'Alzheimer et apparentées, la cardiologie, le tube digestif et les maladies inflammatoires et infectieuses de l'appareil digestif, la santé publique, le diabète et l'obésité, le cancer et la chimie du médicament. Aujourd'hui, la variété des thématiques de recherche dans le Nord – Pas-de-Calais, la quantité des équipements, le nombre élevé de publications et de distinctions des quelque 3 500 enseignants-chercheurs et chercheurs et 200 laboratoires témoignent de la persistance d'une tradition sans cesse renouvelée. Un des points forts de la région Nord – Pas-de-Calais semble tenir dans le dynamisme de ses chercheurs et leurs collaborations.
- À l'échelle régionale voire nationale, les moyens semblent actuellement insuffisants pour peser au niveau international, qui impose des stratégies nationales ambitieuses, encore rares en France. La plus féroce concurrence pour attirer les talents se joue-t-elle désormais au sein même de l'Union Européenne, entre les États ? Les moyens mis à disposition d'un chercheur du CNRS seraient de 30 % inférieurs à ceux d'un chercheur allemand de l'Institut Max Planck, son équivalent outre-Rhin. Que penser, par exemple, des 5 millions d'euros proposés en 2008 par la Fondation Alexander von Humboldt, institution publique financée par l'État fédéral allemand, à des scientifiques de haut niveau du monde entier pour financer pendant cinq ans leurs travaux de recherche ?

Cf. « **La santé en recherche** ».



La santé mentale

- Dans l'inconscient collectif, la psychiatrie a vocation, semble-t-il, à protéger la population des « fous en liberté ». La perception de la psychiatrie par la population n'est donc pas pour part négligeable de cette double attente vis-à-vis d'une spécialité médicale mal connue, bien que reconnue. Les études mentionnent qu'un adulte sur trois sera concerné sur une vie entière par des troubles plus ou moins graves de santé mentale ; ne serait-ce pas là que se cache la « peur du fou » dans la population ?
- S'en tenir à la définition de la santé mentale de l'OMS impliquerait toutes les professions liées à la préservation et à l'entretien du bien-être. Mais de quelles professions se constituerait cet inventaire puisqu'aux psychiatres, psychologues, psychothérapeutes et analystes, il conviendrait d'ajouter les moniteurs sportifs, les travailleurs sociaux, les enseignants, les artistes, les cuisiniers, les écrivains, et pourquoi pas les gérants de campings et... tant d'autres encore !? Si la plaisanterie est tentante, ce n'est pas pour autant que la question n'est pas sérieuse. Ce n'est pas à la santé mentale de penser le bien-être des populations. Par contre, prendre en charge une personne en demande de soins ou protéger la société des malades à risques, voilà qui est concevable pour une société démocratique. Cette mission relève en France de la psychiatrie.
- Où commence la pathologie quand les médecins psychiatres eux-mêmes admettent qu'il y a un besoin de prise en charge dès lors qu'existe une demande de prise en charge ? Or la demande est en augmentation : cela signifie-t-il qu'il y ait une augmentation des troubles ?

Cf. « **Santé mentale** ».



Les temps de la santé

- De l'idée commune, le progrès est associé au temps qui passe. L'amélioration de la santé semble ainsi aller de soi et être juste une « évolution des choses ». L'espérance de vie mondiale est ainsi actuellement plus élevée qu'auparavant... L'ensemble des régions du monde serait amené à passer par un certain nombre d'« étapes », avant d'atteindre un niveau d'espérance de vie maximal. Les régions n'ayant pas accédé à ce niveau maximal sont présentées comme étant en « retard », sous-tendant l'idée d'une convergence sur le long terme. Or, la convergence et la réduction des inégalités d'espérance de vie entre les différentes régions du monde ne semblent pas avoir lieu naturellement. Le temps semble plus capricieux qu'il n'y paraît. De nombreux pays, après avoir amorcé leur transition sanitaire, ont vu l'amélioration de leurs indicateurs se ralentir, voire se stopper dans les années 1980-1990. L'irruption du sida et le développement des maladies opportunistes sont une des raisons de cette évolution. Ces pathologies sont les exemples les plus illustrateurs de la notion de « maladie émergente » ; elles constituent une des limites les plus importantes à cette notion de « convergence » d'espérance de vie et d'amélioration continue de l'état de santé.
- Les progrès de la médecine ne sont pas les seuls à améliorer l'espérance de vie ; ceux faits par

l'agriculture, l'industrie, les transports, les politiques sociales et économiques ont une influence. Les progrès considérables en gain d'espérance de vie qu'ont connus les pays du sud n'ont été durables et globaux qu'au terme de l'instauration de politiques multifactorielles.

- Le Nord – Pas-de-Calais est présenté comme étant «en retard» par rapport au reste de la France : il n'en a pas toujours été ainsi. La région n'a pas toujours été lanterne rouge en France en ce qui concerne la valeur de l'espérance de vie. L'évolution relative lui a été cependant défavorable. De la même manière, le contexte socio-économique de la région, qui a des effets sur l'état de santé des populations, a évolué défavorablement. L'impact du temps semble imprévisible, justifiant dès lors une implication politique forte.
- Les inégalités entre pays risquent de continuer à se creuser, notamment du fait des moyens économiques qui peuvent être dédiés au développement de politiques de santé adaptées aux problématiques spécifiques au territoire. Une amélioration du contexte économique n'est néanmoins pas suffisante en tant que telle pour améliorer l'état de santé d'une population. Le progrès économique ne semble pas pouvoir se substituer à des politiques de santé ambitieuses. L'exemple de l'évolution de l'état de santé de la Chine est particulièrement illustratif de ce constat. Le développement économique chinois de ces dernières années s'est accompagné de la croyance selon laquelle il permettrait, à lui seul d'améliorer l'état de santé de la population. Or, avant les réformes économiques, la protection sociale était liée à l'unité de travail, elle-même garantie par l'emploi à vie («bol de riz en fer»). La fin de l'emploi à vie et l'ouverture à la concurrence se sont accompagnées d'un effondrement de l'ancienne organisation des soins de la santé et de la détérioration de la couverture d'assurance.

Cf. «*Les temps de la santé*».



Le littoral

- Attrayant mais fragile, le littoral fait l'objet d'un dispositif conséquent de surveillance par différentes instances, ces dernières ayant des compétences pour l'espace terrestre et pour l'espace maritime. Cependant en France, ces réseaux de surveillance bien qu'ils soient connus des différents protagonistes, leurs interrelations ne sont pas toujours bien identifiées par la population.
- La santé publique semble être, de prime abord, en retrait des questions du littoral alors que son champ d'implication est primordial. Les informations relatives aux risques avérés sur la santé de la population ne sont pas accessibles. Or la loi «Hôpital, patients, santé et territoires» dicte aux autorités sanitaires leur intervention dans des territoires nécessitant une grande vigilance, comme c'est le cas pour le littoral Nord – Pas-de-Calais de par ses spécificités.

Cf. «*Le littoral*».



Les migrations

- La question des migrations ne relève pas seulement de la santé des migrants, qui est très étudiée. Il reste à approfondir l'approche à concevoir plus encore les thèmes de la santé des diasporas par exemple, mais aussi l'impact des migrations sur l'état de santé global, les détériorations mais aussi les améliorations. L'impact des migrations apparaît bien plus important dans l'appréciation des besoins que ne le laisseraient entrevoir des interrogations méthodologiques.
- Ces migrations peuvent aussi impacter directement le système de prise en charge lorsqu'elles sont le fait des professionnels de santé. Les effets et impacts des migrations de population et de professionnels de santé aux échelles régionales et locales sont encore trop peu décrits. C'est l'un des axes de développement nécessaires de l'analyse en santé à promouvoir au cours des toutes prochaines années.

Cf. «*Les migrations*».



Le territoire et la santé

- Le territoire n'est pas préexistant ; il n'a de raison d'être, n'est choisi ou délimité, qu'en fonction de l'intention première. Il existe autant de territoires de santé que de projets, d'intentions, de compétences ou d'observations, relatifs à la santé dans son acception la plus large.
- Il importe de mettre les différents territoires en relation et de pratiquer l'interterritorialité. Le territoire, en termes d'outil d'organisation des politiques publiques, n'a de sens que dans l'intention déclarée des acteurs d'y agir en commun, bien plus que dans la façon de le délimiter.

Cf. «*Territoires et santé*».



La ville et la santé

- La ville est un terme commun, banal, qui fait sens pour tous sans pour autant qu'une définition de la ville ne fasse consensus. Les villes de par le monde sont extrêmement hétérogènes sur de nombreux plans et les modèles sont bien différents en fonction des continents, des sites d'implantation ou des orientations. Que l'on étudie une agglomération de 5 000 habitants ou une mégapole de plus de 10 millions d'habitants, il s'agit toujours d'une ville, et ceci bien que les fonctions et services, le cadre et les conditions de vie qu'elle offre ou son influence sur les territoires voisins soient, bien entendu, complètement différents.
 - Si la ville est le lieu privilégié du développement des activités humaines, et donc des activités de santé, l'état de santé des populations n'est pas directement corrélé au degré d'urbanisation des espaces.
 - La mobilité est un facteur constitutif clé de la ville : la progression ou la régression de la mobilité redéfinit notre rapport à l'espace et au temps et conditionne l'accessibilité de la ville.
- Cf. «*Ville et santé*».



La violence

- Toutes les étapes du développement humain montrent que notre liberté s'est acquise par la force et dans la violence et c'est avec elles encore que nous défendons ce privilège.
- Si la violence est présente à chaque moment de l'histoire, c'est qu'à l'origine elle suppose une incapacité à se parler, une impossibilité à utiliser le langage. On passe le cap de l'acte violent et on le légitime par le constat d'échec de la dissuasion et de la diplomatie. Encore qu'utiliser la diplomatie pour faire pression peut être considéré comme une autre forme de violence. Lorsqu'on emploie le terme de «force de dissuasion» pour parler d'un processus qui se veut pacifiste, l'est-on toujours ?
- Identifiée comme un véritable fléau mondial, «un défi planétaire» selon les termes de l'Organisation Mondiale de la Santé, la violence est maintenant considérée comme l'une des questions les plus essentielles de la santé publique internationale.
- Dans les années 90, les guerres ont tué 90% de non-combattants. La majeure partie d'entre elles était des guerres civiles. Durant la guerre du Golfe en 1991 et dans les 12 mois d'embargo économique qui ont suivi, entre 350 000 et 500 000 enfants sont morts de malnutrition, des effets de l'insalubrité de l'eau, du manque ou de l'absence de soins, inopérants à cause de leur destruction et de leur désorganisation. Ceci démontre quel est leur rôle en période calme de paix et dans les sociétés qui ne sont pas exposées à des conflits. C'est l'un des enseignements à retenir. L'organisation et l'intégration des services de santé sont parmi les plus essentielles mesures de prévention et d'efficacité d'un système de santé, si ce n'est les plus importantes.
- La violence ne touche pas seulement les victimes directes, mais aussi d'autres personnes qui partagent le même environnement, qu'il s'agisse de femmes, d'hommes, d'enfants, de personnels de structures, sans tenir compte de leur âge ou de leur fonction. La réaction des gens –qu'ils soient victimes ou observateurs– à des actes de violence n'est pas liée à leur personnalité mais relève de mécanismes de défense, d'apprentissages, de stratégies, d'environnement physique, et des normes et règles organisationnelles.
- De multiples recherches ont montré que ceux qui étaient soumis précocement ou intensivement à des situations violentes –qui peuvent être de nature très diverse– avaient de forts risques de vivre des séquelles durables et parfois de se faire eux-mêmes porteurs de violence, contre eux-mêmes (toxicomanies diverses, suicide) ou contre les autres. Or, en matière de santé tout comme en matière de sûreté, l'appareil statistique qui permettrait de connaître et de suivre les différentes réalités de la violence pose problème.

Cf. «*La violence*».

L'innovation n'est pas toujours spectaculaire

La plupart des innovations passent inaperçues. Leur point de départ est souvent une observation : l'observation d'un manque, la remise en question de ce qui est considéré comme immuable ou acquis. S'ensuivent des interrogations d'où va émerger l'idée innovante. Il faut ensuite souvent du temps pour que cette idée proposée soit étudiée, puis admise et enfin intégrée. Aucune pensée n'est spectaculaire : c'est pourtant bien l'évolution de la pensée qui fait évoluer la société. Paradoxalement, l'impact d'une idée novatrice est visible par son invisibilité : elle est assimilée. En matière de Santé publique, le cadre habituel de pensée est celui de la santé. Dans un champ

déterminé, elle produit des indicateurs à partir desquels se développent des politiques et des projets. Dans ce cadre, la santé est et reste approchée de manière technique, inaccessible à l'opinion, laissant parfois circuler des clichés.

Les « Observations inattendues et capricieuses de la santé » des anti-clichés ?

Certes, en osant questionner ce qui semble admis par tous, en osant aussi explorer ce qu'on ne sait pas encore et il faut être prêt à surprendre, à déplaire parfois. Proposer une approche nouvelle, non convenue, ou une réponse qui entend être demain pertinente et adaptée, c'est le rôle de l'expertise, qui présuppose une indépendance. Cette indépendance apparaît indispensable pour que les observations et propositions puissent également contribuer à la diffusion d'une culture commune. Pour permettre de faire évoluer le regard, les « Observations inattendues et capricieuses de la santé » ont tenté de renouveler l'approche de la Santé publique en la sortant du domaine technique trop souvent organisationnel ou catégoriel où elle se confine souvent. Le regard s'y est élargi aux grandes tendances contemporaines décrites par bien d'autres disciplines. Les conceptions évoluent, les besoins de la décision en santé aussi. Voilà pourquoi il est utile de susciter la réflexion, la discussion, et de rendre accessible la Santé publique.

Caprice et cliché : un seul point commun

Les thèmes des « Observations inattendues et capricieuses de la santé » ont été choisis par l'ORS, qui assume l'arbitraire de son audace. Le caprice s'entend au sens de la volonté arbitraire, du bon plaisir: Il ne s'agit pas des caprices au sens le plus courant : des enthousiasmes brefs, des désirs passagers, des changements d'intention fréquents. Le cliché et le caprice ont donc un point commun : celui d'être des faits arbitraires, assumés et... littéraires.

Si « caprice » il y a eu, c'est pour mieux démontrer qu'il est bénéfique d'ouvrir le regard sur des domaines où la santé a une place, mais que les professionnels de Santé publique ne prennent pas suffisamment en compte. Le projecteur des « Observations inattendues et capricieuses de la santé » permet de faire le lien entre la santé et ces sujets mais aussi parfois de le défaire, car la Santé publique doit tout à la fois s'ouvrir à d'autres champs sans pour autant vouloir tous les investir.

En remettant seulement en cause les évidences, ou en questionnant les clichés, l'observation et l'expertise en santé ne peuvent être réellement pertinentes. Elles le sont lorsqu'elles contribuent à éclairer l'action, à étayer des idées, à servir l'ambition d'agir pour améliorer la santé des habitants. En résumé, elles permettent de mieux comprendre une question de santé sur tout ou partie d'un territoire régional, pour guider l'action.

21 observations inattendues et capricieuses

Le Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais a donné à l'ORS les moyens de réaliser un important travail de questionnement, de réflexion, souvent dense, mais qui se veut à la portée de chacun.

Il existe des indicateurs de santé, oui... « mais alors » ? Voilà l'angle osé dans les « Observations inattendues et capricieuses de la santé ». Pour ce travail d'un genre nouveau, l'ORS s'est penché sur des sujets de société, concernés par la santé mais dont le lien avec elle n'est pas toujours clairement établi. Chacun des thèmes abordés dans les « Observations inattendues et capricieuses de la santé » est le fruit d'un travail de recherche approfondi. Pour pouvoir être largement partagé, chaque thème a ensuite engagé un important effort de synthèse et de rédaction, pour aboutir à un article à multiples entrées de lectures. Pour construire une politique, l'enjeu est de partager l'information et d'en débattre. C'est pourquoi les fiches-articles ont été publiées sur le site internet de l'ORS www.orsnpdc.org depuis 2009 : elles sont ainsi accessibles au plus grand nombre. Les fiches y sont soumises aux « caprices » de leurs lecteurs : chacun peut évaluer les fiches, proposer un commentaire, réagir aux remarques postées en ligne et contribuer ainsi à l'évolution de la réflexion. Rassemblées sous l'intitulé « Observations inattendues et capricieuses de la santé », 21 fiches-articles sont parues : « Genre et santé », « L'école et la santé », « La santé en recherche », « Les associations et la santé », « Intimité, sexualité », « Alimentation », « Climat, météo et santé », « Les âges de la vie », « L'économie et la santé », « Santé mentale », « Les déchets », « Inégalités de santé », « La violence », « Les temps de la santé », « Territoires et santé », « Ruralité et santé », « Ville et santé », « Les migrations », « Le littoral », « Risques, catastrophes et crises », « Clichés ».

3 idées clés :

- *Les clichés sont inhérents à la société. Il convient d'être vigilant et de les questionner.*
- *L'innovation n'est pas spectaculaire : si elle dérange parfois, elle peut aussi passer inaperçue.*
- *Aussi inattendues et capricieuses ont-elles pu apparaître, les « Observations inattendues et capricieuses de la santé » ont tenté de créer le débat.*

La bibliographie

- Amossy R, Herschberg Pierrot A. *Stéréotypes et clichés*. Paris : Armand Colin, 2007 ; 128 p.
- Amossy R, Rosen E. *Les discours du cliché*. Paris : Cedes-Cdu, 1982 ; 153 p.
- Bloy L. *Exégèse des lieux communs* (1902). Paris : Rivages Poche, 2005.
- Bronner G. *L'empire de l'erreur. Eléments de sociologie cognitive*. Paris : PUF, 2007 ; 260 p.
- Bronner G. *L'empire des croyances*. Paris : PUF, 2003 ; 268 p.
- Dumas A. *Le Comte de Monte-Cristo*. Paris : Au bureau de l'Écho des feuilletons, 1846.
- Flament C. *Structure et dynamique des représentations sociales*. In : Jodelet D. *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 1989 ; 204-19.
- Flaubert G. *Correspondance T1-9*. Paris : Louis Conard, 1926-1933.
- Flaubert G. *Dictionnaire des idées reçues*. Paris : Louis Conard, 1910 ; 415-52.
- Grandberg D, Sarup G. *Social Judgment and Intergroup Relations: Essays in Honor of Muzafer Sherif*. New York: Springer, 1992.
- Jodelet D. *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie*. In : Moscovici S. *Psychologie sociale*. Paris : PUF, 1984 ; 357-78.
- Ladmiral JR, Lipiansky EM. *La communication interculturelle*. Paris : Armand Colin, 1991.
- Leyens JP. *Psychologie sociale*. Bruxelles : Pierre Mardaga éditeur, 1979.
- Moscovici S. *Social influence and social change*. London: Academic Press, 1976.
- Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais. *Observations inattendues et capricieuses de la santé* : www.orsnpdc.org/observation/index.html
- Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais. *Observation et expertise régionales en santé. 50/51° Nord 2009* ; 20 : 4.
- Rigaud L. *Dictionnaire des lieux communs de la conversation*. Paris : Ollendorff, 1887.
- Sillamy. *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*. Paris : Bordas, 1980.
- Voltaire. *Lettres philosophiques. Derniers écrits sur Dieu*. Paris : Flammarion, 2006.