

# Santé publique et territoires

*Béatrice Giblin*<sup>1</sup>

Douze ans après le numéro *Santé publique et géopolitique*, *Hérodote* a décidé de revenir sur la question de la santé publique. Rappelons-en d'entrée de jeu la définition retenue : « La santé publique, ou plutôt la santé des populations, est cette démarche qui vise à améliorer l'état de santé des populations par la prévention, la planification du système de soins, l'évaluation des pratiques, des techniques et des institutions, à surveiller et prévenir les risques majeurs par l'observation et l'intervention épidémiologiques » [Strohl, 1988]. En quoi la santé publique relève-t-elle, selon nous, d'une analyse géopolitique ? Car elle est l'objet de rivalités de pouvoir entre acteurs et que celles-ci s'exercent sur des territoires, qui suscitent, par la diffusion de leurs représentations contradictoires, des débats politiques entre citoyens. Jusque dans les années 1990, les inégalités de santé dans les territoires français sont méconnues, sans doute faute de vouloir les connaître. Or, depuis les années 1990, essentiellement grâce à la diffusion de cartes, ce n'est plus le cas. C'est pourquoi les actions à mener pour les corriger font désormais l'objet de débats entre les différents acteurs concernés, des experts aux élus, des praticiens aux usagers.

Douze ans après donc, un double constat s'impose : d'une part, la santé publique en France est encore à améliorer, principalement dans le domaine de la prévention, l'extrême faiblesse de la médecine scolaire en est un signe, de même que l'aggravation des inégalités territoriales de santé ; d'autre part, l'approche territoriale de la santé publique est actée. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de juillet 2009 et la création des agences régionales de santé signent en effet un très grand changement. L'article 36 de la loi est très clair : « La réduction des inégalités de santé est un objectif central confié aux agences régionales de santé (ARS). »

1. Professeur des universités.

Autrement dit, si l'on veut réduire ces inégalités de santé, il est indispensable de repérer et d'observer précisément les territoires où l'état de santé des populations est médiocre – l'un des indicateurs le plus évident étant une espérance de vie nettement inférieure à la moyenne nationale. Rappelons qu'en France 12 % du PIB est consacré au système de soins (deuxième rang derrière les États-Unis, qui y consacrent 17 %) ; que le déficit de l'assurance maladie (68 milliards d'euros en 2010) se creuse année après année, malgré les tours de vis budgétaires, le moindre remboursement de certains médicaments, l'augmentation du ticket modérateur, etc. La situation est donc sérieuse. Le système de santé français, considéré comme l'un des meilleurs du monde, est menacé.

En 1999, Olivier Lacoste montrait déjà clairement dans *Hérodote* la gravité des inégalités territoriales de santé. Elles apparaissent d'autant plus nettement qu'on les cartographie au niveau d'analyse approprié, plus le territoire considéré est vaste plus les contrastes entre niveaux de santé sont masqués. Ainsi, si la santé en Île-de-France est satisfaisante, elle l'est beaucoup moins en Seine-Saint-Denis, et encore moins à Clichy-sous-Bois ; elle est même très préoccupante dans le quartier du Chêne Pointu où les cas de tuberculose sont nombreux, alors que, rapportés à la population de l'Île-de-France, ils sont dérisoires. Olivier Lacoste exposait ce qu'il avait déjà fait dans sa thèse [Lacoste, 1995] : l'utilité d'un diagnostic précis à l'échelle locale, afin de cibler les territoires sur lesquels il fallait faire porter en priorité les actions. Il montrait aussi que les pouvoirs politiques locaux, non seulement communaux mais aussi départementaux et régionaux, étaient les mieux à même de porter cette action, car plus impliqués dans la résorption des inégalités territoriales de santé. Mais, bien que la décentralisation et la régionalisation aient alors déjà plus de dix ans, les autorités centrales n'étaient guère favorables à déléguer aux élus régionaux une partie de leur pouvoir. Rendons aussi justice au géographe Henri Picheral, l'un des précurseurs de l'utilité de l'approche géographique – donc territoriale – de la santé ; resté longtemps relativement isolé, il eut quelques difficultés à se faire entendre et à instaurer une école de géographie de la santé.

Mais l'importance des déficits de l'assurance maladie, l'augmentation des coûts des soins sont devenus tels que, peu à peu, s'est imposée l'idée qu'il était nécessaire de gagner en efficacité en dépensant moins. Cela a conduit à imposer, étape après étape, l'approche territoriale de la santé. On est enfin sorti de l'illusion volontairement entretenue de l'égalité des soins pour tous sur l'ensemble du territoire.

Les géographes sont désormais devenus, avec d'autres, les statisticiens par exemple, des partenaires utiles pour élaborer le diagnostic précis des situations locales de santé publique, en repérant précisément l'implantation de tous les services de santé (médecins libéraux, PMI, dispensaires, hôpitaux) au niveau

communal pour aider à la décision d'action géographiquement ciblée. C'est ce qu'illustre le cas de la Seine-Saint-Denis présenté dans l'article de Jeanne-Marie Amat-Roze. Elle y retrace la lente instauration des territoires de santé qui a d'ailleurs contribué à leur multiplicité (car on a cherché suivant les problèmes posés à trouver le « bon » territoire, sans réellement supprimer les découpages antérieurs). Cette multiplicité des territoires de santé contribue à leur méconnaissance par les usagers.

Cette approche géographique est enfin légitimée, mais ce ne fut pas sans mal. L'approche territorialisée de la santé publique ne fut pas la seule à avoir pris du temps pour s'imposer, il en a été de même avec l'approche statistique utilisée depuis bien plus longtemps dans les pays anglo-saxons ou en Allemagne. Emmanuel Vigneron [2010] rappelle les réticences du milieu médical à l'approche statisticienne, et ce jusqu'aux travaux de Daniel Schwartz en 1963 avec son ouvrage *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*.

### Pourquoi un tel retard en France ?

Jusque dans les années 1970, tout semblait aller de mieux en mieux dans le domaine de la santé et, à un certain niveau, c'était vrai. Entre 1945 et la fin des années 1970, la situation économique française assurait des ressources toujours croissantes au système de la Sécurité sociale. Le nombre des assurés augmentait grâce à l'extension du salariat et à l'obligation pour tous – y compris les professions libérales – de cotiser au système. D'autre part, l'augmentation des ressources, corrélée à la croissance des salaires (en partie pour cause d'inflation), et celle des revenus permettaient de faire face à l'augmentation de la consommation médicale. Celle-ci allait de pair avec l'augmentation de l'offre de soins, qu'elle soit publique ou privée. À terme, on pensait que toute la population bénéficierait de ce système de santé dont l'allongement de l'espérance de vie démontrait l'efficacité. La reconnaissance internationale de ce système fut octroyée par l'OMS qui l'a qualifié de « l'un des meilleurs du monde ».

Personne, alors, ne semblait se soucier de l'inégale répartition des CHU, ni de celle des hôpitaux publics non universitaires, et encore moins de celle des médecins libéraux toujours libres de s'installer où bon leur semble. Si l'on peut comprendre qu'il y ait deux CHU en Bretagne (Brest et Rennes), ou en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille et Nice) compte tenu des distances, pourquoi deux CHU dans les Pays de la Loire (Nantes et Angers) qui ne sont distants que de 84 km, ou dans le Languedoc-Roussillon (Nîmes et Montpellier) distants de 50 km, mais seulement un dans le Nord-Pas-de-Calais, pourtant région plus peuplée que les Pays de la Loire (un peu plus de 4 millions contre 3,5 millions) ?

## HÉRODOTE

Ce genre de question ne se posait pas. Ceux qui n'étaient pas « bien servis » pensaient que leur tour viendrait et personne n'avait la moindre idée des inégalités territoriales de la santé, alors que certaines d'entre elles sont très anciennes, à l'image du suréquipement médical du Languedoc (ancienneté de la faculté de médecine, faiblesse des emplois dans le monde industriel). Situation qui arrangeait ceux qui avaient le pouvoir de décider où installer un nouvel équipement hospitalier.

En vérité, la santé publique n'était pas réellement une préoccupation majeure des pouvoirs publics. À la différence de ce qui s'est passé en Grande-Bretagne, elle n'avait jamais vraiment fait l'objet d'une politique volontaire [Aquilino Morelle, 1996]. Un signe de ce désintérêt : pour faire une belle carrière de haut fonctionnaire, il ne fallait pas choisir les affaires sociales, deuxième, voire troisième choix loin derrière Bercy et le Quai, ministères autrement prestigieux, à moins de porter un grand intérêt à ces questions. Ce fut le choix de Martine Aubry, suffisamment rare pour être noté, ce qui lui permettra d'être ministre du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle de 1991 à 1993 et de l'Emploi et de la Solidarité de 1997 à 2000, ce qu'elle mit à profit pour faire passer une réforme essentielle sur le plan de la justice dans l'accès des plus défavorisés, la CMU (couverture maladie universelle).

Cette faible préoccupation pour la santé publique est ancienne et n'est pas si facile à expliquer. Quand par exemple, au XIX<sup>e</sup> siècle, la vaccination obligatoire contre la variole fut instaurée dans les pays européens, politique évidente de santé publique, la France – pourtant pays de Louis Pasteur – résista : la vaccination fut obligatoire dès 1807 en Bavière, 1859 en Italie, 1867 en Angleterre, 1874 en Allemagne, et seulement 1902 en France [Giblin, 1999].

Dans les années 1980-1990, une fois les inégalités territoriales de santé connues de quelques-uns, il y eut la peur de diffuser de mauvais résultats qui auraient fait tomber l'assurance d'être les meilleurs dans le domaine de la santé et qui auraient montré qu'au pays de l'égalité proclamée régnait l'inégalité, ce qui aurait pu susciter quelques réactions hostiles. Dans les régions où l'état de santé de la population était médiocre, les élus auraient pu se mobiliser, et ce d'autant plus que leur territoire était dans ce cas généralement sous-équipé par rapport à la moyenne des territoires français.

Cette réticence à diffuser des informations ne s'est pas encore complètement estompée, héritage d'une culture française où la détention d'informations jugées sensibles procure un certain pouvoir. Ainsi, plusieurs organismes de santé ont les moyens de construire des bases de données, le ministère de la Santé, les différentes agences nationales qui lui sont rattachées, les observatoires divers et variés, les caisses d'assurance maladie au niveau national et/ou régional. Mais leurs données ne sont pas toujours comparables pour des raisons de méthode :

périodicité et durée de la collecte ou taille des territoires pris en compte, diversité des sources, etc. L'on pourrait penser qu'avec la volonté de bâtir des bases de données solides utilisables par tous, la collaboration entre les uns et les autres ne devrait poser aucune difficulté. Or il n'en est rien. Chacun reste le plus souvent jaloux des données qu'il détient. Si les uns les mettent en ligne très rapidement, moyen d'imposer leurs données aux différents utilisateurs, d'autres les gardent précieusement, concurrence que l'on peut juger déplacée quand il s'agit de santé publique (voir l'article de Ludovic Cépré).

Il se dit aussi que les élus n'apprécient guère de voir mis sur la place publique les mauvais résultats sanitaires de leurs territoires, estimant que ceux-ci contribuent à en donner une mauvaise image, comme si le taux élevé d'alcoolisme dans une région faisait de toute la population des alcooliques. Pour les médecins, la cartographie de leur inégale répartition sur le territoire risquait de mettre en cause la liberté d'installation à laquelle ils tiennent particulièrement. Non seulement par défense de la liberté de choix, mais aussi parce que nombre d'entre eux souhaitent travailler au contact d'autres confrères, spécialistes ou non, pour échanger des diagnostics, partager la tâche. C'est pourquoi la politique financièrement incitative d'installation dans les déserts médicaux ruraux a connu des résultats très insuffisants.

### **Comment cartographier les besoins de santé ?**

Revenons une fois encore à ce numéro d'*Hérodote* publié il y a douze ans. Un article, écrit conjointement par Jean-Louis Salomez – professeur de santé publique au CHU de Lille – et Olivier Lacoste – directeur de l'Observatoire régional de la santé (ORS) du Nord-Pas-de-Calais –, abordait la question des besoins de santé et celle des besoins de soins, et démontrait la nécessaire prise en compte des besoins en planification sanitaire. Un diagnostic qui semble aller de soi, mais dont la mise en place se révèle périlleuse, car sur quels critères définir les besoins de santé ? La mesure des maladies ? On sait bien que la santé ne se limite pas à la maladie et que les variables socioéconomiques comptent. Mais tout le monde n'a pas la même représentation du « bon état de santé » : celui-ci est fonction de l'âge, du niveau culturel, social et économique, du lieu de vie, du mode de vie, sans compter que le point de vue des gestionnaires n'est pas celui de la population. Évaluer les besoins de santé est mission impossible diront certains – certains sociologues parlent même de fiction – et pourtant il faut bien essayer de prévoir où investir en équipements, en médecins, en infirmiers..., dans quel domaine de spécialité et essayer d'évaluer les besoins de soins, sauf à nier toute utilité à la médecine et à ne privilégier que l'amélioration des conditions

## HÉRODOTE

économiques et sociales, ce qui n'est pas sérieux. À la fin de leur article, Jean-Louis Salomez et Olivier Lacoste faisaient cinq propositions :

- une approche globale des problèmes de santé publique, ce qui nécessite d'associer l'ensemble des acteurs et de décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux, économiques, culturels et environnementaux ou de l'éducation. Ce sont les mêmes recommandations que l'on retrouve dans l'ouvrage dirigé par Emmanuel Vigneron (voir le compte rendu dans ce numéro) ;

- développement des méthodes d'analyse de l'état de santé des populations (c'est toujours à l'ordre du jour) ;

- multiplication des approches et des points de vue : l'estimation du besoin de santé et du besoin de soins est une démarche complexe où doivent être recueillis de façon indépendante les points de vue des experts, des professionnels, des autorités, des représentants de la population. De la confrontation de ces différents avis, de l'analyse des convergences ou des divergences peut naître une véritable démarche d'aide à la décision. Sur ce point il y a encore beaucoup à faire : même dans l'ouvrage de référence sur l'inégalité des territoires de la santé, on n'y fait guère référence ;

- territorialisation des analyses et des réponses : on y est venu, bien qu'encore insuffisamment, les objectifs étant encore trop décidés et même pilotés depuis le niveau national ;

- définition des objectifs politiques : il n'y a pas de besoins véritablement objectifs qui s'imposeraient de façon technocratique au décideur. Estimer un besoin est un véritable choix politique qui dépasse de loin le simple cadre sanitaire. C'est toujours utile de le rappeler. La cartographie fait apparaître des inégalités de santé criantes mais ne suffit pas à les résoudre, le rôle du politique, des politiques restant majeur car les choix entrent dans leur compétence.

L'approche « par le territoire », c'est-à-dire par l'observation des territoires, est incontestablement une réelle amélioration de la connaissance des besoins de soins et de santé, même si ce n'est pas la panacée.

Si elle n'est pas trop compliquée, une carte dit beaucoup d'un seul regard. C'est assurément une construction mais celle-ci est conçue avec des règles connues et admises de tous, le rôle des statisticiens ayant été positif. Sans doute sont-elles encore imparfaites et toujours critiquables, néanmoins elles sont très utiles. C'est la diffusion des cartes dans les années 1990 qui a commencé à faire bouger les choses tant au niveau de l'État qu'à celui des élus locaux mais aussi au niveau des personnels médicaux : carte de l'inégalité de la répartition des médecins, de la mortalité prématurée avant 60 ou 65 ans, des inégalités des décès par cancers, etc.). Difficile dès lors de ne pas les prendre en compte car au pays de l'égalité le constat était sévère.

Une première étape importante mais qui pourtant n'est pas suivie des effets attendus. En effet, en 1995, la réforme Juppé<sup>2</sup> avait rendu les hommes politiques prudents. Ne disait-on pas que la droite avait perdu les élections en 1997 à cause de la défection des médecins qui lui avaient fait payer sa réforme. Le gouvernement était passé en force et avait réformé la Sécurité sociale par ordonnances sans jeu de mots pour la santé... Un des premiers « plans de rigueur » si mal ressenti que le mot est devenu tabou chez les responsables politiques.

Comme il s'agit là d'un conflit qui peut toujours resurgir, la prudence est devenue la règle pour les responsables politiques. L'approche territoriale de la santé a donc avancé à pas mesurés. D'autant plus que l'embellie économique de la fin des années 1990, les années du gouvernement Jospin, permet brièvement de rendre positifs les comptes de la Sécurité sociale. En outre, les inégalités territoriales de santé occupent alors d'autant moins les esprits que le scandale du sang contaminé, qui met au jour les failles de la collecte du sang, occupe la « une » pendant plusieurs mois. Avec ce scandale apparaît une nouvelle préoccupation en santé publique : la gestion du risque. Cette expression, qui fait partie du vocabulaire des assureurs, va de pair avec la perception plus comptable des questions de santé. C'est bien la peur du risque qui fit que les responsables de la santé publique décidèrent de ne pas rendre obligatoire le vaccin contre l'hépatite B, par crainte que les injections ne favorisent l'apparition de la sclérose en plaques (voir l'article de Paul Benkimoun).

Mais le retour de l'accroissement du déficit oblige, à droite comme à gauche, à essayer de trouver les moyens de soigner mieux avec moins de dépenses. Aussi revient-on vers l'approche territoriale de la santé.

### **Une cartographie complexe**

Le territoire le plus simple pour organiser la décentralisation relative de la gestion de la santé reste la région, premier niveau en dessous de l'État. Les ARS (agences régionales de santé), créées avec la loi HSPT, sont mises en place et leurs directeurs nommés par l'État ne sont pas forcément des connaisseurs de la santé, mais ce sont tous des gestionnaires. Ils doivent faire mieux en dépensant moins. Les ARS sont donc en demande de cartes précises pour savoir où faire porter l'effort. Mais ce n'est pas simple car il y a des bassins de vie<sup>3</sup> qui peuvent

2. Établissement d'une loi annuelle de la Sécurité sociale qui fixe les objectifs de progression des dépenses maladie et envisage la mise en place de sanctions pour les médecins qui dépassent cet objectif.

3. Le bassin de vie (néologisme administratif créé en 2003 sous la plume de rédacteurs de la Datar et de l'Insee) est la « plus petite maille territoriale » française, à l'autonomie plus ou moins

## HÉRODOTE

être à cheval sur deux départements. Jeanne-Marie Amat-Roze expose les multiples découpages territoriaux qui ont été créés pour essayer de trouver le territoire adéquat afin de répondre au problème posé. Les territoires de santé forment donc un millefeuille encore plus compliqué que la métaphore du millefeuille car les feuilles sont loin d'avoir toutes la même taille ! Un embrouillamini de territoires qui empêche de s'y retrouver, sauf les experts, moyen involontaire de préserver leurs pouvoirs, car pour les élus ou les représentants des associations de patients il n'est vraiment pas facile de bien identifier les aires de compétences et de responsabilités des uns et des autres. Ce qui ne favorise pas leur participation à la décision de certaines actions qui les concernent pourtant au premier chef. Dans ce domaine la démocratie peut encore progresser.

Les acteurs qui interviennent dans le champ de la santé publique sont désormais beaucoup plus nombreux. Auparavant intervenaient l'État – par l'intermédiaire du ministère de la Santé et celui de l'Économie, surtout depuis l'aggravation du déficit de la Sécurité sociale –, les médecins *via* leurs syndicats, et les caisses d'assurance maladie. Aujourd'hui il faut y adjoindre de nouveaux acteurs partenaires et/ou adversaires : les élus locaux (communes et intercommunalités comprises), départementaux et régionaux, même s'ils n'ont pas toujours sur le plan légal la compétence nécessaire pour intervenir en santé. Mais la cartographie des inégalités territoriales de santé a aidé les plus mal lotis à se mobiliser pour améliorer la situation de leurs populations. C'est très clairement le cas du Nord-Pas-de-Calais. On peut aussi compter, désormais, les directeurs d'hôpitaux (voir l'article d'Aurélien Delas) qui ne reçoivent plus leur dotation globale de financement, systématiquement reconduite jusqu'en 2008 quelle que soit l'activité de leur hôpital, ce qui permettait de ne pas se soucier de l'environnement au sens large. Les soins offerts par l'hôpital ne correspondaient pas forcément aux besoins de la population puisque les services hospitaliers offerts n'avaient pas été choisis en tenant compte de ses caractéristiques (âge, habitudes alimentaires, niveau de vie socioéconomique et culturel). Désormais il n'en va plus de même. Il faut être attractif pour accroître les ressources financières de l'hôpital dont le montant de la ressource est fonction du nombre d'actes réalisés, actes dont la tarification est fixée par l'État. Quand se trouve à proximité de l'hôpital une excellente clinique privée bien gérée par la Générale de santé par exemple, la situation devient difficile. La clinique privée attire les « bons » malades, ceux qui ne sont pas hospitalisés longtemps, qui ont de « bonnes » mutuelles complémentaires et

---

marquée, où s'organise la vie quotidienne des habitants. C'est un « territoire présentant une cohérence géographique, sociale, culturelle et économique, exprimant des besoins homogènes en matière d'activités et de services ».

Unité territoriale d'organisation du système de soins au sein d'une région.



qui n'arrivent pas avec des pathologies fortement aggravées parce qu'elles n'ont pas pu être diagnostiquées à temps par non-consultation du médecin ou parfois par incompétence de celui-ci. C'est aussi l'hôpital qui doit faire face à l'explosion des « fausses » urgences, du fait de l'augmentation du nombre des plus défavorisés qui n'ont d'autres recours en cas de détresse que l'hôpital où les amènent les pompiers – l'hôpital retrouvant son rôle d'accueil des « indigents », du fait aussi des médecins qui n'assurent plus les gardes de nuit ou refusent de se déplacer dans certains quartiers où les risques d'être attaqués sont élevés. Pour endiguer cet accroissement des urgences à l'hôpital, il est impératif d'offrir un accueil santé dans des centres de proximité qui puissent servir de gare de triage pour n'envoyer à l'hôpital que les vraies urgences.

Le chemin parcouru depuis douze ans est incontestable, les élus qui s'investissent dans des politiques de santé locales sont de plus en plus nombreux et de plus en plus compétents et motivés (voir l'article de Maud Harang-Cissé et Agnès Demare-Lécossais), les usagers qui sont devenus plus exigeants et qui sont désormais informés – plus ou moins bien il est vrai – de leurs droits, les fameux droits des malades, les caisses d'assurance maladie qui, grâce à l'informatique, sont plus à même de repérer les dérives de quelques médecins ou chirurgiens peu scrupuleux ou trop généreux dans la prescription, parfois influencés par l'habile argumentation des visiteurs médicaux chargés de les convaincre des bienfaits de tel ou tel nouveau médicament qui n'est parfois que la *ixième* version de la même molécule emballée différemment. Certains experts, médecins, hauts fonctionnaires entre autres, apprécient modérément ces évolutions. Des médecins libéraux, les plus âgés généralement, dénoncent une atteinte à leur liberté, la « paperasserie » et le contrôle tatillon des caisses d'assurance maladie qui assurent néanmoins leurs revenus. Mais ce type de réaction est peu fréquent chez les jeunes médecins qui choisissent en majorité le salariat (moins de 10 % des jeunes médecins s'installent en libéral) et qui sont décidés à suivre des formations postuniversitaires, à s'associer avec d'autres dans des maisons de santé pour travailler moins que leurs aînés mais surtout pour travailler mieux.

Mais, en douze ans, la situation de la santé publique s'est aussi aggravée pour les plus défavorisés de plus en plus regroupés sur des territoires délaissés par les médecins (le cas de la Seine-Saint-Denis) ou pour les plus éloignés des grandes villes bien équipées, en particulier certaines zones rurales, comme dans l'est du Bassin parisien ou dans le Massif central, les zones de très faibles densités de population étant celles où l'équipement en services médicaux est désormais très insuffisant.

Néanmoins, quelle que soit la compétence des géographes à élaborer des cartes utiles aux choix des territoires à traiter en priorité pour réduire les inégalités de santé, les choix seront faits par les responsables politiques. Il y faut du courage et de la persévérance car les résultats sont longs à obtenir.

HÉRODOTE

Pour éclairer la situation française de la santé, nous avons choisi de présenter deux autres pays qui ont connu eux aussi des réformes importantes. Le Royaume-Uni (voir l'article de Mark Bailoni) où Tony Blair, Premier ministre, a mis rapidement en œuvre une réforme de la santé publique, elle aussi axée sur une approche plus territoriale des problèmes. La comparaison avec la France est intéressante car ces deux pays sont proches par plus d'un aspect bien que leur tradition de santé publique soit très différente : forte au Royaume-Uni, nettement plus faible en France. Et, bien sûr, les États-Unis. En France, on est scandalisé de ces 47 millions d'Américains pauvres sans la moindre couverture médicale et encore plus scandalisé qu'il y ait autant de gens pour refuser de la rendre obligatoire au nom de la liberté de chacun. À la lecture de l'article de Michelle Bertho-Huidal, on comprendra que la situation de la santé est nettement plus compliquée que cette lecture superficielle.

### **Bibliographie**

- Hérodote* (1999), *Santé publique et géopolitique*, La Découverte, Paris, numéro 92.  
GIBLIN B. (1999), in *Santé publique et géopolitique*, *Hérodote*, n° 92, *op. cit.*  
LACOSTE O. (1995), *Géopolitique de la santé*, La Découverte, Paris.  
MORELLE A. (1996), *La Défaite de la Santé publique*, Flammarion, Paris.  
STROHL H. (1988), *Rapport n°880 027 de la Commission santé publique Inspection générale des affaires sociales*, Paris.  
VIGNERON E. (2010), *Les Inégalités de santé dans les territoires français*, Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux.