

Territoires et valeur d'usage de l'espace : éléments d'une géopolitique de la santé

Henri Picheral

*Atelier de Géographie de la santé, GEOS (EA 734)
Université Paul Valéry, Montpellier 3*

Le fondement territorial des politiques d'allocation de ressources s'impose partout dans un souci d'équité^(8,11). Comme il ne peut y avoir de justice sociale sans justice spatiale, chacun découvre ou redécouvre la dimension géographique de l'équité : jamais n'a-t-on autant usé et abusé des notions d'*espace* et de *territoire* que durant la dernière décennie, avec d'ailleurs de fréquents glissements sémantiques !

L'objectif reconnu et toujours d'actualité demeure l'adéquation des ressources aux besoins des populations. Mais personne n'est en mesure d'évaluer ces besoins, souvent réduits à la demande de soins. Aussi préfère-t-on agir sur l'offre. Les difficultés commencent alors dès que l'on doit choisir des principes et des outils pour corriger l'inégale répartition des ressources sanitaires, constatée et dénoncée partout et à toutes les échelles.

Une des questions en suspens se situe dans la manière de prendre en compte l'espace. Pour les uns il n'est que le support d'une politique, sorte de présupposé inerte et abstrait, admis en tant que tel, référent de mesure, d'évaluation, d'action. Pour d'autres il constitue un terrain d'expansion et de pouvoirs, un enjeu mouvant, un objet de stratégies. Pour d'autres encore l'espace représente le milieu de vie, vécu, familier, celui que l'on pratique. Ces différentes représentations des lieux leur confèrent une « valeur », fonctionnelle, économique, sociale, voire culturelle. Tel espace peut attirer, tel autre repousser. Et un même lieu peut alternativement attirer et repousser selon l'époque, suivant les circonstances. De la valeur, objective ou non, attachée à un espace dépendent la localisation de l'offre de soins et partant, son accessibilité et les inégalités de la desserte. Quelques éclairages devraient suffire à prendre la mesure de cette géopolitique sanitaire qui peut troubler, remettre en cause, voire contrecarrer toute politique de planification sanitaire visant à réduire ces inégalités.

1. Tropismes et rejets : la valeur de l'espace

L'inégale répartition des établissements, des équipements et des professionnels de santé a été soulignée à maintes reprises sans qu'il soit besoin de les décrire de nouveau. Mieux vaut s'attacher ici à ce qui détermine le niveau de l'encadrement sanitaire, de la couverture médicale et hospitalière. Et parmi tous les facteurs incriminés, la valeur de l'espace paraît décisive tant elle guide finalement tous les choix, tous les plans, toutes les stratégies.

1.1. Valeur sociale, valeur marchande de l'espace médical

La solvabilité des populations, leur niveau de revenus et, de fait, leur niveau social, ont pendant longtemps constitué et constituent encore une des principaux facteurs de localisation des professionnels de santé. Attirés par les régions ou les villes riches, dynamiques, à forte proportion de cadres supérieurs, ils se détournent aux Etats-Unis des régions, des villes, des banlieues ou des quartiers ouvriers, en difficulté et pauvres. Que la situation s'améliore ou se détériore, et les médecins s'installent ou déménagent⁽¹⁰⁾. Le niveau de la desserte, les flux migratoires des praticiens sont ainsi fonction du niveau et du rythme du développement et de la valeur économique et sociale de l'espace.

L'organisation spatiale actuelle du système de soins libéral des Etats-Unis correspond sans doute et toutes proportions gardées à ce que l'on pouvait observer en Europe avant l'adoption de systèmes

d'assurances sociales. Leur mise en place plus ou moins précoce, en Angleterre, en Allemagne, en France, dans les pays scandinaves ou latins, rendait désormais chacun solvable. En toute logique les différences de valeur de l'espace auraient dû se trouver éliminées et les inégalités sociales d'accessibilité réduites à défaut d'être supprimées. Or il n'en est rien, on le sait ^(6,14,15,17). Des banlieues, des villes, des régions, en général ouvrières, ou des campagnes « profondes » demeurent fort mal loties et constituent autant de repoussoirs, voire de « déserts médicaux ». Leur faible valeur ne leur procure aucune attractivité. Ainsi la Plaine-Saint-Denis n'abritait en 1992 que 6 cabinets de médecins généralistes et un seul de spécialiste, et 4 pharmacies seulement pour 20 000 habitants environ ⁽¹⁾. Et ce processus de rejet, déjà patent pour les soins de base, de proximité, est encore plus manifeste pour les soins très spécialisés, requérant de hautes compétences et de lourds investissements. Le choix des lieux est alors plus sélectif encore, au bénéfice de quelques villes et à l'intérieur de la ville, de certains quartiers.

La valeur d'un espace n'a pourtant rien de définitif. Ainsi après avoir subi une longue phase de dépopulation, les vallées montagnardes présentaient de moins en moins d'attraits jusqu'à la mise en valeur de leurs atouts touristiques. La fréquentation saisonnière de nouvelles stations a justifié l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux et a servi d'argument à l'allocation de nouveaux équipements collectifs, publics et privés. La Savoie est un bon exemple de ce processus de dévalorisation/revalorisation de l'espace en deux ou trois générations, avec une amélioration sensible de sa desserte pour le plus grand profit de sa population résidente. La Lozère trop souvent considérée comme un des départements les moins développés, présente un autre cas de figure: quasiment vidée de sa population, elle attire quelques poignées de médecins généralistes qui suffisent à la doter d'une desserte plus qu'honorable ⁽¹⁷⁾. Les campagnes et les petites villes lozériennes servent d'exutoire aux plaines languedociennes surmédicalisées toute proches. A une tout autre échelle, les vieux centre-villes, d'abord lieux d'élection des professions médicales, ont ensuite perdu de leur valeur et de leur pouvoir d'attraction avant de les retrouver avec des opérations de réhabilitation. La valeur sociale de l'espace renforce ici sa valeur marchande et réciproquement.

1.2. L'image de l'espace

A cette valeur changeante mais quantifiable s'en ajoute une autre, tout aussi changeante mais d'ordre qualitatif et donc plus difficile à mesurer: la représentation de l'espace. Sa perception, son image forcément subjective, peuvent dicter des choix d'implantation de cabinets ou d'établissements de soins. Cela vaut à toutes les échelles: les « beaux » immeubles, les « belles » avenues, les « beaux » quartiers, les villes et les régions « dynamiques », « innovatrices », « à la mode » constituent de véritables aimants. Fondée ou non, leur réputation repose sur un ensemble d'aménités: le soleil, la mer, la neige, la qualité du patrimoine paysager ou architectural, l'activité culturelle, ... Sinon comment comprendre que les pédiatres et les gynéco-obstétriciens exercent aussi nombreux dans l'extrême sud de la France où la population infantile et juvénile est faible (en %) et où la fécondité et la natalité sont notoirement basses depuis longtemps ⁽¹⁵⁾ ? A l'inverse, une mauvaise image peut desservir comme dans le Bassin houiller du Nord-Pas-de-Calais où les pneumologues sont relativement rares ⁽⁵⁾. Les choix de ces praticiens n'obéissent visiblement pas à des logiques professionnelles les poussant à exercer là où se situent a priori les besoins.

Si ces images peuvent se construire ou se défaire, attirer ou décourager les initiatives, il en va de même de la réputation des pôles hospitalo-universitaires. On connaît leur capacité d'attraction et de fixation des ressources sanitaires, matérielles et humaines, publiques et privées. On sait que la plupart des praticiens exercent dans la région ou la ville même où ils ont obtenu leur diplôme ^(16,20). Et l'on n'ignore pas le rôle de ces institutions dans l'irrésistible attirance des capitales politiques. Cette polarisation est enviée mais aussi défendue tant elle procure de prestige, de notoriété.

L'inégale valeur de l'espace et sa différenciation en font ainsi l'enjeu de multiples stratégies.

2. Enjeux et territoires

La complexité des systèmes de soins et de santé est telle désormais que s'établissent des rapports de forces concurrentes, croisées, superposées qui se projettent dans l'espace: de fait chacune se taille ou revendique son territoire. Les professionnels de santé, libéraux ou non, les établissements de soins, publics ou privés, l'administration sanitaire et sociale, les élus, les collectivités territoriales et l'Etat et les populations elles-mêmes en tant qu'usagers et premières concernées, tous ont leur propre pratique de l'espace.

2.1. Les territoires professionnels

A l'échelle d'une zone rurale ou urbaine, à l'intérieur d'une ville ou d'une agglomération, le partage de l'espace entre des médecins, des cabinets dentaires, des laboratoires d'analyse ou des pharmacies s'établit en fonction de la taille de leur clientèle et de sa localisation. A compétences et à fonctions égales se dessinent des aires d'attraction délimitées par l'intensité et l'origine des flux de clients.

L'espace émietté en autant de territoires que de praticiens en exercice peut inspirer des stratégies plus ambitieuses à la recherche de situations de monopole. Les lois du marché conduisent ainsi à une concentration (de compétences, de moyens, de capitaux) qui peut prendre plusieurs formes: l'association de praticiens dans un même cabinet (« médecine de groupe »), le regroupement de plusieurs spécialistes complémentaires en un même lieu (les « maisons médicales » par exemple) ou encore la mise en réseau, en « chaîne », de plusieurs établissements par intégration ou prise de participation de capitaux. Il s'agit chaque fois de couvrir un territoire plus vaste et de capter davantage de clients au détriment de confrères. Ces opérations intègrent bel et bien l'espace dans leurs stratégies spéculatives pour gagner des parts de marché, à l'image des entreprises industrielles et commerciales. Au demeurant, ces comportements conquérants ne sont pas l'apanage du secteur libéral. Nombre d'établissements publics ou de services hospitaliers cherchent aussi à élargir leur zone d'attraction et leur propre territoire.

Mais il ne suffit pas que l'accessibilité aux soins soit assurée ni que l'offre de soins soit abondante et diversifiée pour que les populations en usent effectivement.

2.2. L'espace vécu, pratiqué

Les populations ont en effet une tout autre vision de l'espace. Leurs modes de recours aux soins, leurs itinéraires thérapeutiques s'inscrivent dans un tissu d'habitudes et de flux quotidiens, de relations personnelles. Cette pratique communautaire de l'espace social (voire culturel) se déroule au sein d'un territoire: cet « espace sanitaire », c'est à dire l'aire de recours effectif aux soins, se distingue donc de « l'espace médical », fonctionnel et professionnel, des praticiens et des institutions de soins ⁽¹³⁾. Les récentes notions de « bassin de vie » ou de « bassin de santé » recouvrent la même réalité: leur unité et leur identité tiennent pour l'essentiel aux comportements similaires des populations et à la valeur d'usage qu'elles attribuent à un espace donné.

De ces communautés émanent aussi des initiatives privées de type associatif prenant en charge des problèmes socio-sanitaires peu ou mal couverts par ailleurs (handicaps, maladies mentales, toxicomanies, alcoolisme, maladies génétiques, ...). Ces associations et ONG, laïques ou confessionnelles, s'organisent en réseau et couvrent des territoires de tailles variables, locale, départementale, régionale ou nationale. Elles ont leur propre stratégie, y compris spatiale, et certaines gèrent même des réseaux d'établissements de soins ou de cure de rayonnement national. Reconnues par les Pouvoirs publics, elles comblent ainsi des insuffisances ou des lacunes du système de soins « officiel », mais elles contribuent aussi à le rendre plus complexe.

2.3. Les territoires socio-sanitaires de l'administration

La multiplication des organismes et des institutions a entraîné une grande confusion dans la délimitation géographique de leur champ de compétences, en France notamment. Le tableau

actuel est d'une complexité extrême qui traduit dans l'espace les politiques respectives de chacune des composantes.

Les administrations déconcentrées adoptent très logiquement un découpage pré-établi, administratif et institutionnel (la Région, le Département, la Commune) et dans un souci d'une gestion plus proche de la population, ont mis en place une nouvelle unité territoriale : le secteur sanitaire et social. Ce qui n'a pas empêché dans de nombreux départements que l'on opte pour un seul et unique secteur sanitaire alors que l'effectif de la population et le nombre de pôles urbains permettaient d'en délimiter plusieurs. Peu important ici les motifs mais retenons que l'esprit des textes a été détourné. De même est-il apparu inconcevable de réunir dans une même unité territoriale deux villes situées face à face sur les deux rives d'un fleuve qui est, il est vrai, limite départementale et régionale (Avignon et Villeneuve-les-Avignon, Beaucaire et Tarascon). Quant au sud-Aveyron traditionnellement tourné vers la plaine languedocienne et Montpellier, il est et reste dans l'orbite administrative de Toulouse et de la région Midi-Pyrénées, comme le Territoire de Belfort très proche de Mulhouse et du sud de l'Alsace, demeure rattaché à la Franche-Comté et à Besançon. Il est décidément des frontières inviolables ! On se souvient d'ailleurs de l'expérience avortée d'entités sanitaires régionales et interdépartementales (les DRISS d'Auvergne, Haute-Normandie et Midi-Pyrénées instituées par le décret du 26/9/1991): une des raisons de cet échec tenait sans doute à la confusion instaurée entre les compétences respectives de deux échelons territoriaux ⁽⁷⁾.

Mais ces contraintes et ces pesanteurs ne sont pas l'apanage de l'Etat, de ses services centraux ou déconcentrés. Les collectivités territoriales, les organismes gestionnaires (CRAM, CPAM, Mutualité agricole, Sociétés de secours minières, Assedic...), les services d'urgences (SAMU...) découpent aussi leurs propres circonscriptions à leur manière et à leur propre usage. Il s'en suit de multiples chevauchements et emboitements, d'innombrables recoupements de limites qui brouillent la lecture de l'espace. Tous ces territoires ne sont-ils pas la marque, le signe identitaire de chacune des institutions, de leur autonomie et en définitive de leurs pouvoirs ?

Ce désordre apparent n'est pas au demeurant forcément inadéquat ou injustifié. Car rien ne dit qu'il faille ratifier un maillage unique de l'espace en matière sanitaire et sociale. Mieux vaut adopter une maille différente suivant la nature des objectifs poursuivis : peut-on traiter à la même échelle l'allocation d'équipements d'imagerie médicale et les soins à domicile ⁽¹³⁾ ? Pour autant, l'alternative entre un centralisme technocratique ou un pouvoir local excessif conduit à d'inévitables conflits de prérogatives et de compétences, sources de multiples dysfonctionnements du système de soins et de santé. Et en dépit d'intentions louables, on s'éloigne ou l'on risque fort de s'éloigner de la satisfaction des besoins de la population qui devrait demeurer le premier objectif, au moins théorique !

2.4. Les territoires des élus

Le secteur de la santé et son organisation territoriale n'échappent pas aux luttes de pouvoir. Peut-on d'ailleurs s'étonner que les élus se dépensent pour défendre leurs mandats et promouvoir leurs circonscriptions ? Pour autant, leur action militante se traduit très concrètement sur le terrain. Tel élu d'une zone rurale plaidera avec vigueur pour le maintien de services de proximité dans les campagnes, au profit de ses administrés âgés et isolés. Le maire d'une ville veille sur l'activité et le développement de « son » hôpital, dont il préside en France le conseil d'administration et qui est souvent le premier employeur de l'agglomération. Tel autre parlementaire, médecin réputé, est propriétaire ou actionnaire majoritaire d'une clinique... En chaque cas le mandat électif sert à étendre l'assiette territoriale d'un cabinet, d'un service médico-social, d'un établissement dans l'intérêt affiché du mieux être des électeurs, de la ville, de la région, ... Inversement un certain immobilisme peut conduire à un affaiblissement ou à un retard d'équipement et d'encadrement, et à terme à une perte d'influence et une réduction des territoires. Le jeu politique se transpose en une géopolitique de la santé ⁽⁵⁾.

Au sommet de l'Etat, le rôle des hommes politiques prend évidemment une tout autre dimension. Les choix opérés en matière d'aménagement du territoire sont souvent décisifs et engagent le moyen et le long termes. N'est-ce pas l'Etat qui a conféré en 1971 le statut de CHR à 28 métropoles régionales françaises à raison d'un, deux ou trois par région ? Certaines de ces promotions s'imposaient, d'autres prêtent toujours à discussion comme l'unique CHR de Lille dans une des régions les plus urbanisées et les plus densément peuplées de France ^(5, 9). Quoiqu'il en soit ce réseau de CHR organise depuis lors le territoire national en autant de territoires régionaux, officiellement complémentaires et juxtaposés mais en fait concurrents.

Mais l'Etat lui-même ne se trouve-t-il pas écartelé entre deux politiques contradictoires ? Car en cherchant en même temps à garantir à tous une accessibilité optimale et à imposer une discipline et une rigueur budgétaires, il prône à la fois le maintien de la desserte des populations et des territoires les plus défavorisés, et la fermeture d'établissements ou la suppression de services. A vouloir simultanément une diffusion maximale des ressources sanitaires dans l'espace et leur concentration, la politique d'aménagement du territoire apparaît quelque peu ambiguë. Peut-être est-ce une des raisons de l'absence de prise en compte du secteur de la santé dans la préparation de la loi d'orientation de 1995 sur l'aménagement du territoire et de sa place très discrète dans le texte de loi lui-même.

2.5. Les « fuites »

En définitive, l'importance des flux et l'intensité des échanges de patients entre régions, secteurs ou zones sanitaires représentent la manifestation la plus tangible de ces incertitudes. Le libre choix du prestataire implique que chacun puisse se soigner où il veut et non dans le territoire auquel il est censé appartenir. Ce « nomadisme » alimente et exprime à la fois les rapports de forces d'un système concurrentiel. Dès lors la mobilité des populations et la fréquence de ces « fuites » rendent finalement assez formel le tracé de « frontières » administratives devenues artificielles ou caduques. Démentis par l'usage et les pratiques effectives de l'espace, bon nombre de découpages territoriaux perdent ainsi de leur fonction opérationnelle en matière de planification sanitaire.

3. Limites et aléas des mesures redistributives

L'Etat, garant de l'équité, ne peut laisser faire. Il intervient donc en proposant aux différentes parties prenantes des solutions, les unes contraignantes, les autres plus souples, plus diplomatiques. On se contentera ici de n'en citer que quelques exemples dont le fondement repose sur une modification artificielle et « décrétée » de la valeur de l'espace par la voie réglementaire.

3.1. L'inadaptation de mesures autoritaires

En instituant en France une loi soumettant l'ouverture d'une officine pharmaceutique à la taille de la commune (c'est à dire à sa population), les Pouvoirs publics ont choisi en 1942 la voie autoritaire et réglementaire. Un quorum différent est ainsi fixé, rappelons-le, suivant trois catégories d'espaces, reflets du niveau d'urbanisation de l'époque: une officine pour 2000 habitants dans les communes rurales et les bourgs de moins de 5000 hab., une pour 2500 dans les petites villes et une pour 3000 dans les villes de plus de 30 000 hab. Notons au passage que ces normes n'ont pas été modifiées depuis lors et retenons que cette initiative, fort novatrice en son temps, était fondée sur une volonté de justice sociale et spatiale. Il s'agissait surtout alors de doter les campagnes d'un réseau d'officines de proximité et d'améliorer l'accessibilité au médicament des ruraux en survalorisant l'espace rural. Cette volonté planificatrice était la première manifestation d'un aménagement du territoire sanitaire.

Plus de cinquante ans plus tard la loi de 1942 est loin d'avoir atteint ses objectifs. Elle aurait dû entraîner une réduction progressive des disparités de la desserte pharmaceutique et une

couverture homogène du territoire. Or il n'en est rien : en 1996 les populations de l'Allier, de Paris ou des Pyrénées-Orientales disposent d'une officine pour 1300 à 1600 hab. pendant que celles de l'Eure, de la Moselle ou du Haut-Rhin n'en ont qu'une pour plus de 3000, soit un écart de 1 à 2,5.

Mais il semble surtout que l'assise territoriale de la loi ne réponde plus aux modes de vie et aux pratiques d'une société de plus en plus urbanisée: la mobilité quotidienne des citoyens rend caduques les limites communales de la ville diluées désormais dans le cadre plus large d'une agglomération englobant les communes limitrophes⁽¹²⁾. Autrement dit, le choix initial et imposé d'une maille territoriale ne résiste ni au temps ni au changement social.

3.2. Des mesures régulatrices

L'Etat peut aussi opter pour un autre maillage de l'espace national en créant de nouveaux pôles et de nouveaux territoires régionaux. La création de nouvelles facultés de médecine dans des régions peu médicalisées est un gage d'amélioration de leur desserte à moyen terme et cette politique offre l'avantage supplémentaire de contribuer à l'aménagement du territoire. Ainsi fut fait dans de nombreux pays, y compris en France. Et, de fait, l'aire d'attraction des facultés parisiennes s'est-elle spectaculairement réduite depuis l'ouverture dans les années 60 de nombreuses facultés dans un rayon de 250 km autour de la capitale. Ce type de mesures présente encore un autre avantage lorsqu'il est couplé avec une pratique du *numerus clausus* des études médicales différenciée selon les lieux de formation. Cette régulation des flux d'étudiants profite aux récentes facultés des régions les moins bien desservies, aux dépens des plus anciennes que l'on tient responsables de la « pléthore » médicale de leurs régions respectives. En attribuant une valeur à tel ou tel espace régional, l'Etat se livre à une entorse au principe d'égalité au nom d'une plus grande équité, sans égards à la valeur réelle de l'espace (c'est à dire aux lois du marché). Cette politique redistributive commence à porter ses fruits mais ne trouvera sa pleine justification en France que dans 10 à 15 ans. Il n'est pas sûr qu'il ne faille pas alors réviser cette géographie de la valeur de l'espace⁽⁴⁾.

3.3. Les mesures incitatives

Une autre formule, plus souple, moins contraignante, consiste à ne pas heurter de front les organisations professionnelles médicales et à ne pas remettre en cause leurs droits fondamentaux de liberté d'exercice. On incite alors par des mesures financières attractives les praticiens à s'installer là où la desserte médicale est jugée insuffisante, et l'on pénalise par des mesures dissuasives ceux qui exercent dans des villes et des régions manifestement surencadrées. Le Gouvernement du Québec a tenté en 1981 une expérience de ce type^(2, 19). La loi 27 instaurait ainsi des tarifs différentiels des honoraires selon les régions. Elle accordait une prime de 15 à 20% aux praticiens qui acceptaient de desservir les populations isolées et excentrées du Nouveau Québec, et amputait de 30% le montant des honoraires des médecins en exercice à Montréal, Québec et Sherbrooke. La formule dont on attendait beaucoup ne s'est pas avérée vraiment convaincante : l'opposition vint autant des praticiens hostiles à l'entrave de leurs droits fondamentaux et de leur liberté de choisir leur lieu d'exercice, que des populations exposées à des rotations rapides et répétées de personnels médicaux « de passage ». Pire encore, les inégalités ne se sont pas réduites de façon significative et l'accessibilité aux soins des populations les plus défavorisées ne s'est guère améliorée.

4. Une géopolitique sanitaire prégnante

En définitive, ces quelques considérations ne visent qu'à tempérer les ardeurs technocratiques d'une planification trop rigide. La multiplicité des forces en présence et la diversité de leurs intérêts introduisent de plus en plus dans les systèmes de soins et de santé une dimension territoriale. Les modalités de cette géopolitique suscitent des avis divergents: souhaitable et signe de démocratie pour les uns, simple traduction spatiale pour d'autres des lois du marché de la santé (sorte

d'éthologie sanitaire en quelque sorte), ou encore manifestation du blocage prévisible d'un système enclin à créer toujours plus de structures tout en conservant les anciennes. Quelle que soit l'interprétation, ne pas mesurer la prégnance de cette géopolitique de la santé reviendrait à compromettre les chances de toute réforme de planification sanitaire, en pérennisant les inégalités, voire en les aggravant ^(5,11).

Références

- 1 **Amat-Roze JM.** et al. (1994) Les systèmes de recours aux soins à la Plaine-Saint-Denis. *Cahiers Géos*, 29, 1-50
- 2 **Bodson P., Thouez JP.** (1986) L'accessibilité différentielle aux médecins dans les régions éloignées du Québec. Eléments pour une évaluation. *Rev. Belge Géogr.*, 4, 205-22
- 3 **Bui D H D.** (1984) *Les médecins en France*. Paris, CSDM
- 4 **Bui D H D** (1996) Médecins et soins des prochaines décennies. In « *Données sociales 1996* », Paris, Insee, pp 253-258
- 5 **Lacoste O.** (1994) *Géopolitique de la santé. Le cas du Nord-Pas-de-Calais*. Paris, La Découverte
- 6 **Lucas V., Tonnellier F., Vigneron E.** (1998) *Une typologie des paysages socio-sanitaires en France*, Paris, CreDES
- 7 **Marrot B.** (1995) *L'administration de la santé en France*. Paris, L'Harmattan
- 8 **Mooney G.** (1987) Qu'est-ce que l'équité en matière de santé ? *Rapp. Trim. Stat. sanit. mond.*, 40, 4, 296-304
- 9 **Picheral H.** (1995) Réseau urbain et hiérarchie hospitalière. In « *Hôpitaux et géographie des soins* », Paris, CreDES, pp 15-23
- 10 **Picheral H.** (1992) Les médecins aux Etats-Unis: équité et justice territoriale. *Espace, Populations, Sociétés*, 3, 283-295
- 11 **Picheral H.** (1992) Décentralisation des politiques de santé: allocation de ressources, recours aux soins et décision locale. In « *De l'analyse économique aux politiques de santé* », Paris, CreDES, t.4, 19-33
- 12 **Picheral H.** (1991) Pharmacies et quartiers urbains: le cas de Montpellier. In « *Espaces urbains et géographie des soins* », Paris, CreDES, pp15-26
- 13 **Picheral H.** (1990) Echelles d'analyse de la desserte en soins médicaux. *Cah. Sociol. Démo. Médic.*, 30, 2, 155-176
- 14 **Picheral H.** (1987) La desserte médicale spécialisée des villes françaises. In « *Régions, villes, aménagement* », Paris, Crepif
- 15 **Picheral H.** (1984) Médecine libérale et espace médical en France. In « *Médecimétrie régionale* », Paris, Anthropos, pp 33-57
- 16 **Picheral H., Vigneron E.** (1996) La mobilité des médecins en France: du lieu de formation au lieu d'exercice. *Espace, Populations, Sociétés*, 1, 45-54
- 17 **Picheral H., Kokkinos-Navarro P.** (1991) Espace médical et desserte des communes de montagne. *Cahiers Géos*, 21, 1-42
- 18 **Thouez JP.** (1987) *L'organisation spatiale des systèmes de soins*. Montréal, Presses Univ. Montréal,
- 19 **Thouez JP., Hamelin P., Bodson P.** et al. (1984) Disparités interrégionales des médecins au Québec: un problème de répartition géographique, de recrutement et non de pénurie de ressources. *Rev. Eco. Rég. Urb.*, 345-36
- 20 **Tonnellier F.** (1984) *Implantation de médecins libéraux: le rôle des Facultés de médecine*. Paris, Credoc
- 21 **Tonnellier F., Lucas V.** (1996) Géographie de l'offre de soins: tendances et inégalités. In « *Données sociales 1996* », Paris, Insee, pp 259-264