

« La Médecine Libérale a-t-elle Jamais Existé ? »

Robert LAUNOIS ⁽¹⁻²⁾

Revue POLITIQUES & MANAGEMENT PUBLIC, Volume 3, n° 4, décembre 1985 : 87-97

⁽¹⁾ REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

⁽²⁾ UFR SMBH – Université de Paris XIII – 74 rue Marcel Cachin – 93017 BOBIGNY Cedex - Email : launois_ireme@smbh.univ-paris13.fr - Site web : <http://smbh7.smbh.univ-paris13.fr>

RESUME

Le rôle des prix dans un système d'économie décentralisée est double : c'est un instrument de recouvrement des dépenses engagées, c'est une modalité de commande de l'affectation des ressources. Or, en matière de protection sociale, ces deux faces d'une même pièce ont été dissociées. Les recettes de l'assurance maladie ont cessé de refléter le coût de la fourniture des soins. Les dépenses de l'assurance maladie, c'est-à-dire les recettes des établissements et les revenus des médecins, ont été dissociés de la valeur du service rendu. Un tel système rend les usagers boulimiques et les décideurs aveugles. Le libre choix en matière de soins correspond en définitive au droit de décider sans prendre en compte les conséquences financières de ses actes. L'objet de cette étude est de voir comment et au bénéfice de qui un tel principe a été introduit.

INTRODUCTION

Partis politiques ou syndicats libéraux, les défenseurs de la médecine libérale mettent unanimement l'accent sur le *libre choix* du médecin comme principe inaltérable. L'économiste et l'historien peuvent s'interroger sur le bien-fondé de cette acceptation de la médecine libérale.

Pour l'économiste en effet, le libéralisme en matière de médecine suppose qu'il n'existe aucune action délibérée d'un des acteurs du système (Corps médical, Etat, organismes d'assurance, assurés) pour influencer le comportement de ses partenaires, *en dehors* des mécanismes de marché¹.

Une *analyse économique* de l'histoire de la médecine au cours du siècle écoulé montre que cette condition n'a jamais été remplie de manière satisfaisante, même lorsque prévalait le « libéralisme sauvage » dans tous les autres secteurs de l'économie et que la profession passait pour être inorganisée.

MODELE ECONOMIQUE D'UN AUTHENTIQUE LIBERALISME MEDICAL

Dans un régime d'inspiration libérale et une économie de concurrence pure et parfaite, le marché maximise les avantages de chacun et permet la régulation d'un secteur en fonction de l'évolution de l'offre et de la demande.

Le consommateur choisit librement le type de médecine auquel il adhère et les prestataires qu'il consulte. Il assume pleinement les conséquences financières de ses décisions, tout au plus a-t-il la possibilité de recourir à l'assurance et de souscrire une police dont la prime sera fonction de sa vulnérabilité personnelle.

Simultanément, les médecins ont entière liberté pour décider de leur mode d'exercice et de l'ampleur des moyens techniques qu'ils mettent en œuvre.

¹ P. GIRAUD et R.J. LAUNOIS, « Les réseaux de Soins en France », Economica, Paris, 1985.

L'activité des établissements de soins est orientée par le pouvoir des prescripteurs avec l'assentiment des patients. Les Pouvoirs Publics et l'administration se bornent à faire respecter « le droit des parties » sans mettre leurs prérogatives au service d'un groupe de pression particulier.

Le comportement de l'ensemble des acteurs est fait *d'adaptations aux prix affichés* sans qu'aucun des échangistes n'ait la capacité de modifier ou de contrôler par une action délibérée l'indépendance de ses partenaires.

En courte période, le prix se fixe sur le marché à un point d'équilibre tel que les demandeurs solvables maximisent l'utilité qu'ils ont de recourir à des professionnels. Ceux-ci, à ce niveau de prix, tirent le maximum de profit de leur capital intellectuel et matériel et de leur travail. En moyenne et longue période, l'offre, c'est-à-dire le nombre de médecins, la capacité d'accueil des établissements, les processus de diagnostic et de traitement, tend à s'adapter automatiquement à une demande qui dépend de l'évolution des revenus des individus, de leur préférence pour tel ou tel type de consommation, de l'utilité qu'ils estiment pouvoir retirer d'un appel au système de santé, compte tenu de l'évolution des techniques que celui-ci peut mettre en œuvre.

Dès lors, offre et demande s'équilibrent spontanément dans les meilleures conditions d'efficacité, chacun, producteurs et consommateurs, maximisant ses propres utilités et bénéfices.

Une telle organisation du système de santé, où toutes les actions des partenaires sont indépendantes les unes des autres, n'a pas de réalité historique.

LES PREMISSES DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSION MEDICALE

□ *Onze années de concurrence « pure »*

Au début du 19^{ème} siècle, la France a connu cette libre concurrence dont Milton FRIEDMAN se fait aujourd'hui le chantre. Le 8 août 1792, les facultés sont supprimées et l'obligation d'avoir un diplôme pour exercer disparaît. Tout citoyen payant patente peut soigner ses semblables, seul le verdict public dégage le mérite et sanctionne les résultats thérapeutiques.

Ce système ne semble pas avoir laissé un souvenir impérissable dans la mémoire nationale. Très vite, la bourgeoisie, inquiète des épidémies qui menacent et des charlatans qui sévissent, réclame le rétablissement des examens.

□ *Le sursaut : monopole d'exercice et segmentation des marchés*

Dès 1803, le monopole est reconstitué : seuls les titulaires d'un diplôme officiel sont autorisés à exercer.

Deux catégories de médecins sont créées sur la base d'une double *différenciation* qualitative et spatiale de leur tâche, les Docteurs et les Officiers de Santé. La grande chirurgie est l'apanage des docteurs, qui ont suivi un cycle complet d'études en faculté, les officiers sont confinés dans la médecine courante, dans les cas les plus graves, ils sont tenus d'appeler un docteur en consultation.

Une ségrégation géographique implicite délimite les aires de marché : aux premiers est réservée la médicalisation des classes urbaines favorisées, les seconds sont « invités » à dispenser leurs soins aux populations rurales « dont les maladies plus simples et les mœurs plus rudes exigent moins d'instruction et moins d'apprêts »².

Une sélection sans *numerus clausus* est instituée à l'entrée. Le coût et la durée des formations sont modulés en fonction des responsabilités : 4 ans d'études théoriques pour les candidats docteurs, 3 seulement pour les officiers de santé. Les uns et les autres ne peuvent exercer qu'après avoir fait enregistrer leur titre par les tribunaux et les préfetures. Les listes départementales des médecins officiels permettent de repérer les situations irrégulières et d'attaquer les concurrents illégaux.

Ces contrôles n'ont d'autre but que d'assurer une médicalisation irréprochable de la population, mais leur mise en place donne fatalement naissance à des rentes de situation. Y voir la marque d'une tendance autogestionnaire corporatiste serait toutefois historiquement faux et analytiquement erroné. Faux, parce que la profession est restée jusqu'en 1850 totalement inorganisée. Analytiquement erroné, parce qu'il n'y a pas équivalence entre barrière à l'entrée et corporatisme professionnel, lequel suppose une collusion tacite des médecins.

□ *Rupture des barrages et concurrence conflictuelle*

D'une part, le monopole légal apparaît trop fragile pour constituer un véritable obstacle à l'entrée des « empiriques » sur le marché. Par ailleurs, les élasticités croisées sont trop fortes pour que ne s'opèrent pas d'importants transferts de clientèle entre officiers et docteurs. Dans les campagnes, les guérisseurs et les religieuses concurrencent les officiers de santé. Ces derniers « se glissent dans les familles moyennes de la paysannerie, de la boutique et de l'atelier, et obligent les autres médecins à s'aligner sur leurs tarifs de misère »³.

Le législateur s'est trompé. Là où il pensait mettre en place un accord de spécialisation doublé d'une répartition géographique des marchés, il a créé une situation de concurrence conflictuelle sans mécanismes stabilisateurs pour pallier l'*incertitude* de la demande.

Concurrence, puisque les acheteurs se moquent de la différenciation légale des prestations médicales pour n'y voir que des produits substituables. *Conflictuelle*, puisque chaque praticien est amené à prendre en compte le comportement de ses concurrents, non plus globalement à travers l'écran commode du marché, mais pour ainsi dire nominativement. *Sans mécanismes régulateurs*, parce qu'il ne suffit pas de diminuer le nombre des protagonistes pour réduire l'intensité de la concurrence.

Seules des politiques de soutien des revenus par les pouvoirs publics, ou la constitution autorisée de cartels, auraient pu sauver la situation. Or, la première voie fut fermée dès 1845 avec le rejet des médecins cantonaux, et les éléments qui auraient permis de mettre en œuvre la seconde stratégie n'étaient pas encore réunis.

² Selon la formule d'un professeur de chirurgie de l'époque, Michel CARRET, cité par J. LEONARD.

J. LEONARD « La médecine entre les savoirs et les pouvoirs », Aubier Montaigne Collection historique, Paris 1981, page 48.

³ J. LEONARD, 1981, page 84.

□ *L'homogénéisation de la profession*

La France a mis cent ans à se débarrasser de cette médecine à deux vitesses. Son maintien jusqu'en 1892 montre combien profonde est la tendance de notre système à se structurer en fonction de la plus ou moins grande spécialisation de ses acteurs.

Les docteurs étaient tentés de faire disparaître les officiers pour accaparer leur clientèle, mais répugnaient à distendre trop tôt une hiérarchie qui les valorisait auprès des malades fortunés. Les gouvernants souhaitaient unifier le corps, mais ne voulaient pas compromettre la médicalisation des plus défavorisés. Le dynamisme des facultés de médecine finit par mettre un terme à ces tergiversations : l'augmentation du nombre de doctorats délivrés et l'élévation du niveau de l'officiat permirent la fusion des deux corps. L'article 1 de la loi Chevandier pose, le 30 novembre 1892, le principe de base de la médecine française : « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur d'Etat ».

L'ampleur des efforts déployés pour arriver à ce résultat explique probablement la violence des réactions que suscite aujourd'hui toute tentative de remise en cause de l'omnivalence du titre. Les titulaires d'un certificat d'études spécialisées où les anciens internes peuvent, à leur demande, être qualifiés par l'Ordre de « spécialiste » ou « compétent », mais le Conseil National de l'Ordre n'admet toujours pas qu'un monopole d'exercice leur soit donné dans telle ou telle discipline.

LA PRISE EN MAIN DU MARCHÉ PAR LA PROFESSION

Le corps médical organise le marché, dont les lois de 1803 et 1892 lui assurent la capture en trois temps.

□ *Le rejet de la médecine d'Etat*

Dans un premier temps, les médecins veulent se défendre contre une emprise excessive des pouvoirs publics. L'élite médicale fortunée peut dispenser ses soins gratuitement ou laisser sa clientèle l'honorer librement. Mais nombre de praticiens sans patrimoine ont du mal à vivre de leur profession, notamment dans les zones rurales. Pour trouver des revenus d'appoint, ils cherchent à s'entendre avec les communes et les départements pour remplir, dans des conditions à débattre, des tâches d'intérêt général. Une solution existe, le système allemand des médecins cantonaux, qui a déjà été expérimenté avec succès en Alsace. Le principe en est simple : les praticiens nommés et appointés par la puissance publique pour pratiquer une médecine « communautaire » ont le droit de conserver une activité privée partielle. Le cumul des rémunérations –paiement forfaitaire pour les activités de prévention collective, honoraires traditionnels pour les actions curatives individuelles- est autorisé.

Ce mode de financement original, « qui n'étouffe pas la médecine libérale »⁴, est rejeté par les Etats Généraux de la profession, réunis en 1845. Comme le note J. LEONARD⁵ : « la majorité des médecins civils individualistes et soupçonneux ne sont pas pressés d'appliquer aux Français un quadrillage rationnel de médicalisation caporalisée. Rien ne répugne autant à ces petits bourgeois libéraux qu'une planification de la santé, une

⁴ J. LEONARD, 1981, page 177

⁵ J. LEONARD, 1981, pp. 90-91

normalisation étatique dont ils feraient les frais, une police des familles qui majorerait les impôts ».

□ *La recherche d'un financement*

Dans un deuxième temps, le but recherché est de faire financer par les contribuables la médicalisation des indigents.

L'âpre concurrence dont la profession se plaint en dépit de la faiblesse de ses effectifs est d'origine économique et financière. L'ampleur du « guerrillage » illégal témoigne de la réalité des besoins. La faiblesse des revenus des médecins reflète le manque d'argent de leurs malades. Après 1848, le praticien ordinaire refuse de faire plus longtemps les frais de la médicalisation en prodiguant bénévolement ses soins aux plus démunis. Il exige dédommagements et indemnités dans le cadre d'un système d'assistance qu'il demande à l'Etat d'organiser.

Le développement de l'associationnisme permet de faire aboutir ces revendications. Depuis 1833, caisses de secours et sociétés médicales de secours mutuel se multiplient. En 1858, leur regroupement est autorisé par l'empereur Napoléon III, en dépit des dispositions contraires du décret de 1852 sur la mutualité, qui interdisait toute fédération nationale de sociétés mutualistes. Seule organisation représentative, l'Association Générale des Médecins de France (A.G.M.F.), est assez forte pour exercer une influence sur l'Etat.

Pour ôter aux guérisseurs « tout alibi charitable », elle contribue, sous l'Empire, à la mise en place des services de médecine rurale gratuite. Dès 1876, plusieurs de ses membres dirigeants préparent le projet de loi sur l'assistance médicale gratuite.

En dépit de ses succès, ou à cause d'eux, l'influence de l'A.G.M.F. s'étirole même si le nombre de ses adhérents augmente. Le vote des grandes lois sociales et l'essor de la mutualité modifient la nature du combat. Il s'agit moins de définir les règles du jeu que d'y participer. Or, désormais, celui-ci se joue à un autre niveau. La loi sur l'assistance laisse aux conseils généraux le soin d'en fixer les modalités. Quant au mouvement mutualiste, il est par essence décentralisé. C'est avec les collectivités et les mutuelles *locales* qu'il convient désormais de négocier. L'A.G.M.F., à *vocation nationale*, ne peut plus se battre sur ce terrain.

□ *Le refus de la tutelle financière au nom du libre choix*

Dans un troisième temps, c'est l'indépendance de la profession face aux payeurs que les intéressés veulent assurer.

Pour veiller aux intérêts matériels de la profession, la revue LE CONCOURS MEDICAL, créée en 1879, lance l'idée de chambres syndicales locales sans attendre la reconnaissance du syndicalisme. Le premier cercle est fondé en 1881. A la fin de la même année, il en existe déjà 15. En 1884, à la suite de la loi Waldeck Rousseau, naît l'union des syndicats médicaux de France, U.S.M.F. Il faudra toutefois attendre 1892 pour que le droit de s'organiser soit officiellement reconnu aux médecins. « L'Union des syndicats médicaux français n'a pas de doctrine. Son action est essentiellement pragmatique »⁶.

⁶ Monicka STEFFEN « Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé », Thèse de Doctorat d'Etat, Université des Sciences Sociales de Grenoble II, Institut d'Etudes Politiques, Grenoble, 1983, page 233.

C'est à travers les négociations avec les collectivités locales et les sociétés de secours mutuel que se dégagera peu à peu la philosophie syndicale.

Les médecins ont lutté sur trois fronts pour obtenir leur indépendance financière, en s'abritant derrière le principe du libre choix.

- Le projet de loi sur l'assistance médicale gratuite (A.M.G.) prévoyait une rétribution forfaitaire par malade, qui était d'ailleurs le mode de règlement en usage à l'époque, et préconisait le recrutement d'un médecin agréé pour soigner les indigents pris en charge. Lorsque le texte est voté en 1893, il est muet sur ces deux points. Les modalités de sa mise en œuvre sont laissées à l'initiative des conseils généraux et de leurs partenaires médicaux.

Le libre choix, à l'origine simple manifestation de rejet de tout esprit de système et de toutes théories ex cathedra, devient le principe premier de l'action syndicale et permet de s'opposer au monopole du médecin agréé. Peu à peu, le paiement à l'acte se dessine. Les indigents inscrits sur la liste établie par les élus locaux reçoivent des bons donnant droit à des soins gratuits et les médecins qui leur rendent visite se font rembourser par le bureau d'aide médicale.

- Simultanément, l'essor des sociétés de secours mutuel se traduit par l'apparition de filières de soins intégrés. Véritables HMO avant la lettre, ces structures, financées par des retenues sur salaires ou des subventions patronales, prennent en charge la rémunération des médecins sur la base d'un abonnement annuel par adhérent, et l'achat des médicaments. Elles assurent ainsi aux ouvriers la gratuité des soins.

Fortes de leurs milliers de sociétaires, les mutuelles imposent leurs conditions. La profession leur reproche de s'enrichir sur son dos. Les syndicats médicaux demandent un relèvement des tarifs d'abonnement. Ils réclament même, mais en vain, un droit de regard sur le recrutement mutualiste, afin d'en exclure tous ceux dont la fortune est suffisante pour payer directement les soins.

Mais à terme, c'est l'intégration en aval des fonctions d'assurance et de soins qu'il convient d'empêcher. Comme l'USMF s'est dotée elle-même d'une caisse médicale de secours, elle décide de mener le combat de l'intérieur. Pour éviter l'administration par la mutualité de l'activité médicale, n'est-il pas de meilleure parade que de placer la mutualité sous le contrôle des médecins ? Elle adhère en 1893 à la ligue de la prévoyance et de la mutualité. En 1895, une commission médico-mutualiste affirme la primauté du libre choix et de la rémunération en fonction du service rendu à la visite.

- Avec la loi de 1898 sur les accidents du travail, les compagnies d'assurances et le patronat sont amenés à recruter des médecins « dociles à leurs directives »⁷ ; chargés de constater les accidents et de traiter les accidentés, ils sont payés au forfait. Les ouvriers ont toutefois la possibilité, en vertu de l'article 4 de la loi, de recourir à des médecins libres. La liberté de choix pour le malade et la liberté de prescriptions pour le médecin

⁷ J. LEONARD, 1981, page 308.

deviennent simultanément, pour les syndicats ouvriers et médicaux, la pierre d'angle de la défense des intérêts du peuple. En 1905, le docteur Divernesse obtient du Parlement que soit punie d'amende « toute personne qui aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ».

□ *La constitution de cartels locaux*

A partir du moment où la profession est homogénéisée, elle peut appliquer les techniques du *monopole discriminant*, c'est-à-dire vendre le même produit à des prix différents sur plusieurs marchés. Mais en retour, la discrimination des prix a un effet sur la structure des marchés, car elle renforce la *dépendance* des praticiens vis-à-vis des organismes de financement. La maximisation collective du profit de la profession requiert, dès lors, une *collusion* explicite ou tacite de ses membres.

- A partir du moment où le corps médical offre des services légalement identiques à des acheteurs différents, il peut moduler ses horaires. Lorsqu'il collabore aux services médicaux de l'AMG ou des sociétés de secours mutuel, il subit le prix que celles-ci lui imposent. Lorsqu'il offre ses soins aux couches aisées de la population, son activité décroît en fonction de la rétribution qu'il demande. Pour tirer le meilleur parti de ces deux clientèles, il doit faire en sorte que chacune lui rapporte à la marge la même recette. L'égalisation des recettes permet de vendre le même produit à des prix différents⁸. Ce savant calcul explique pourquoi « les praticiens raffinent sur les distinguos pour rentabiliser la répartition de leur temps entre les clients dont ils reçoivent des honoraires et les patients assistés qui ne leur valent que de maigres indemnités »⁹. Leur politique ne tient que si *les marchés* sont *indépendants*. Ce qui suppose une ségrégation franche des acheteurs en groupements socio-économiques homogènes. On comprend dès lors l'importance de la « visite à domicile » : elle permet d'affiner la catégorisation des revenus que les médecins sont amenés à établir pour mettre en œuvre une politique de discrimination des prix.
- Mais en retour, le corps médical pouvait craindre que la discrimination ait un effet pernicieux sur les structures du marché. A supposer que les « Rabaisiens » multiplient les concessions aux conseils généraux et aux sociétés de secours mutuel les plus agressifs, les honoraires effectifs deviendraient alors sans relation avec les tarifs minima affichés. Lorsque de telles pratiques se généralisent, la profession perd confiance en elle-même et doute de ses capacités à s'autoréguler. Chacun de ses membres fait dès lors *cavalier seul*. Il cherche à n'importe quel prix à renforcer les liens qui l'unissent aux organismes payeurs. Le risque d'une intégration en aval des fonctions de soins par les financeurs paraît considérable.

⁸ La maximisation du revenu des praticiens passe donc par une rationalisation complète de la production. Pour l'obtenir, ils doivent fixer par accord réciproque la production globale au niveau où le coût marginal est égal à la somme des recettes marginales des différents marchés. Les recettes marginales sur les différents marchés sont dès lors égales, puisque fixées par la valeur commune du coût marginal. La répartition de l'activité entre les deux clientèles est ipso facto déterminée. Une fois connue la quantité offerte sur le marché libre, le prix demandé en découle immédiatement. Le prix directeur du système est le tarif AMG. Toute diminution de la demande solvable augmente la population prise en charge par l'AMG et réduit la valeur des honoraires libres. Inversement, toute augmentation des tarifs de l'AMG permet de réclamer des honoraires plus élevés aux patients fortunés.

⁹ J. LEONARD, 1981, page 179.

- Pour prévenir ce risque, le corps médical met en place ses propres modalités de régulation. Il va s'efforcer successivement ou simultanément, selon les circonstances, soit de *contrôler le marché* qu'il a contribué à faire naître, en réduisant au nom du libre choix l'indépendance d'action de ceux qui le financent, soit de *neutraliser les effets du marché*, imposant à travers la discipline confraternelle un type précis de comportement et d'attitude.
 - La norme d'action la plus importante est, comme le note M. STEFFEN¹⁰, celle du libre choix. Elle est la pièce charnière qui permet de lier la régulation interne du système professionnel à une *légitimité sociale* plus vaste. En érigeant le libre choix en principe inaliénable, la profession a pu mener avec succès une politique de clientèle : écarter les médecins publics et patronaux, répartir la clientèle sociale et mutualiste entre tous ses membres, protéger la clientèle libérale, aligner les honoraires en fonction de la situation de fortune de ses clients ». Bel exemple *d'intégration verticale* de l'aval vers l'amont. En contrôlant non seulement la distribution de soins mais aussi les modalités financières de la prise en charge, la médecine libérale a fermé le marché à toute autre forme d'exercice.
 - Mais la profession ne se contente pas de mettre en œuvre cette stratégie verticale. Son pouvoir se manifeste également « horizontalement ». La moralisation de la profession sert en fait la *maximisation des profits joints*. L'éventail des accords n'est limité que par l'imagination de ses membres, mais les objectifs les plus fréquents sont la fixation des prix et la stabilisation des parts de marché.

La fixation des *tarifs minimaux* interdit aux confrères en difficulté de casser leurs prix pour accroître leur clientèle. L'harmonisation des politiques d'honoraires est rendue aisée lorsque celles de concurrents sont connues. Or, le paiement de l'acte facilite la circulation de l'information. Il est difficile de tenir secrètes des concessions mille fois répétées. Les syndicats encouragent donc ce mode de règlement.

La stabilisation des parts de marché évite toute remise en cause des « *quotas* » des cartels locaux. Toute démarche entreprise par un médecin pour augmenter le nombre de ses patients est considérée comme une concurrence déloyale. Le malade à domicile « appartient » au médecin traitant.

CONCLUSION

Ainsi, bien avant que des fonctions réglementaires ne soient déléguées par l'Etat à la profession, celle-ci s'est efforcée de promouvoir ses propres modalités de régulation. Il y a bien un marché des soins primaires, mais les modalités de son fonctionnement sont sous le contrôle du corps médical (pouvoir horizontal). Parallèlement, la profession procède à une intégration en amont en empiétant sur le rôle de l'Etat pour faire financer par le contribuable et les cotisants la médicalisation de la population et pour mener à bien une politique de clientèle (pouvoir vertical).

¹⁰ M. STEFFEN, 1983, page 218

Il est donc clair que, dès le début du 20^{ème} siècle, en l'absence même de toute organisation professionnelle centralisée, les médecins n'ont jamais accepté de subir la loi du marché. Ils ont cherché à exploiter ce marché à leur profit en imposant à des financeurs éparpillés un mode d'exercice qui les libère de toute contrainte financière. C'est ainsi que la France, qui avait eu l'idée de créer des HMO cent ans avant les Américains, n'a pas su l'exploiter¹¹

¹¹ R.J. LAUNOIS, « Les principes d'une réforme de l'organisation des soins de France », Institut La Boétie, document interne, 9 janvier 1983.

R.J. LAUNOIS, B. MAJNONI D'INTIGNANO, V.G. RODWIN, J.C. STEPHAN, « Les réseaux de soins coordonnés (R.S.C.). Proposition pour une réforme profonde du système de santé », Revue Française des Affaires Sociales, n° 1, mars 1985.

R.J. LAUNOIS, « Les HMO, les arguments et les faits », Colloque Systèmes de Santé ? Pouvoirs publics et financiers, Qui contrôle quoi ?, Commissariat Général au Plan, 25-26 mars 1985, Paris.

R.J. LAUNOIS, « Les réseaux de soins coordonnés », Gestions Hospitalières, n° 250, novembre 1985.