

DROIT SOCIAL

LE PLAN JUPPÉ¹ II

Jacques AMALRIC
Jean BORDELOUP
Richard BOUTON
Anne-Marie BROCAS
Dominique COUDREAU
Alain COULOMB
Jean-Jacques DUPEYROUX
Christian GARBAR
Patrick GARDEUR
Marie GÉLASIME
Sophie JULLIOT-BERNARD
Jean de KERVASDOUÉ
Jean-Pierre LABORDE
Françoise LECLERC
Claude LE PEN

André LOTH
Jacques LUCBEREILH
Claude MAFFIOLI
Jean-Claude MALLET
Bruno MAQUART
Jean MARMOT
Joël MORET-BAILLY
Rémi PELLET
Dominique POLTON
Xavier PRÉTOT
Victor RODWIN
Xavier ROQUES
Rolande RUELLAN
Bruno SOULIÉ
Jean-Marie SPAETH

*NUMÉRO SPÉCIAL
proposé par
Jean-Jacques Dupeyroux*

N° 9/10 — SEPTEMBRE-OCTOBRE 1996

LE PLAN JUPPÉ

II

- *Avant propos*, par Jean-Jacques DUPEYROUX 753

INTRODUCTION

- *Conduire le changement en des temps incertains*, par Jean MARMOT, secrétaire général de la Commission des comptes de la Sécurité sociale 757

I. — LA RÉFORME CONSTITUTIONNELLE

- *Le Parlement et le financement de la Sécurité sociale*, par Xavier PRÉTOT, inspecteur de l'Administration au ministère de l'Intérieur, professeur associé à l'université de Paris II ... 762
- *La procédure d'examen par le Parlement des lois de financement de la Sécurité sociale selon la loi organique*, par Xavier ROQUES, directeur de service à l'Assemblée nationale 769
- *La Cour des comptes et les lois de financement de la Sécurité sociale*, par Rémi PELLET, maître de conférences des universités, rapporteur à la Cour des comptes. 774

II. — LA RÉFORME INSTITUTIONNELLE

- *Clarification des pouvoirs et rénovation du système*, par Rolande RUELLAN, conseiller maître à la Cour des comptes, ancien directeur de la Sécurité sociale au ministère du Travail et des Affaires sociales 779
- *Sur la réorganisation des structures de l'assurance maladie*, par Jacques AMALRIC, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain 791
- *Les conventions d'objectifs et de gestion : le nouveau cadre d'exercice des responsabilités respectives de l'État et de la Sécurité sociale*, par Bruno SOULIÉ, direction de la Sécurité sociale, ministère du Travail et des Affaires sociales 794
- *La nouvelle organisation des caisses*, par Jean-Pierre LABORDE, professeur à l'université Montesquieu-Bordeaux IV, directeur du Centre de droit comparé du travail et de la Sécurité sociale 799
- *Les directeurs des caisses locales et régionales du régime général : des agents du troisième type*, par Christian GARBAR, professeur à la faculté de droit et des sciences politiques de Nantes. 803

III. — LA MAÎTRISE DES DÉPENSES MÉDICALES

A - Les nouvelles dispositions

- *La régulation des dépenses de médecine de ville : dépasser le débat maîtrise médicalisée/maîtrise comptable*, par Dominique POLTON, direction de la Sécurité sociale, ministère du Travail et des Affaires sociales 808
- *La convention médicale après les ordonnances*, par Anne-Marie BROCAS, directeur de la Sécurité sociale, ministère du Travail et des Affaires sociales 814
- *Des références médicales opposables aux références professionnelles*, par Patrick GARDEUR, direction générale de la Santé, ministère du Travail et des Affaires sociales . 819
- *Les formes expérimentales d'organisation des soins*, par Françoise LECLERC, direction de la Sécurité sociale, ministère du Travail et des Affaires sociales 823
- *Le carnet de santé*, par Marie GÉLASIME. 827
- *Systèmes d'information et cartes de santé*, par André LOTH, direction de la Sécurité sociale, ministère du Travail et des Affaires sociales 829
- *Les nouvelles missions du contrôle médical*, par Jacques LUCBEREILH, direction de la Sécurité sociale, ministère du Travail et des Affaires sociales 836
- *Les nouveaux contentieux des professions de santé*, par Sophie JULLIOT-BERNARD et Joël MORET-BAILLY, CERCRID, université Jean-Monnet, Saint-Étienne 840

B - Réactions

— <i>L'échec n'est pas permis</i> , par Jean-Marie SPAETH, président de la CNAMTS	847
— <i>Le plan Juppé est passé à côté d'une vraie réforme pour les assurés sociaux</i> , par Jean-Claude MALLET, secrétaire confédéral de Force Ouvrière, ancien président de la CNAMTS	849
— <i>Le jugement par les chiffres : comment préserver le plan Juppé de son possible échec financier ?</i> par Dominique COUDREAU, directeur général - Hexagone Hospitalisation, ancien directeur de la CNAMTS	853
— <i>Le plan Juppé : vers un nouveau mode de régulation des soins ?</i> par Claude LE PEN, professeur de sciences économiques à l'université Paris-Dauphine et Victor G. RODWIN, Wagner School of Public Service, New-York university	859
— <i>Réalités et inquiétudes</i> , par Claude MAFFIOLI, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français	863
— <i>Qui trop embrasse mal étreint</i> , par Richard BOUTON, président de M.G. France	866

IV. — LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

— <i>La réforme de l'hospitalisation publique et privée</i> , par Bruno MAQUART, inspecteur des Affaires sociales chargé de mission auprès du directeur des hôpitaux, ministère du Travail et des Affaires sociales	868
— <i>Les agences régionales de l'hospitalisation : clarification ou nouvelles ambiguïtés ?</i> , par Jean BORDELOUP, inspecteur général honoraire des Affaires sociales	878
— <i>L'accréditation : alibi d'une réforme institutionnelle ou amorce d'une révolution des comportements</i> , par Alain COULOMB, délégué général de l'Union hospitalière privée	888
— <i>Quelle concurrence public/privé pour l'hospitalisation française ?</i> par Jean de KERVASDOUÉ, président-directeur général SANESCO	892

N

g
d
le
cl
cr
ti
J
n
g
fi

F
C
r
é
z
l
c

LA MAITRISE DES DÉPENSES MÉDICALES

Le plan Juppé : vers un nouveau mode de régulation des soins ?

par Claude LE PEN (1) et Victor G. RODWIN (2)

LE PLAN JUPPÉ, UN PLAN COMME LES AUTRES ?

« Faudra-t-il un deuxième plan Juppé ? ».

Le deuxième train d'ordonnances (3) mettant en application le « premier » plan Juppé était à peine publié, que déjà le *Panorama du Médecin* du 18 avril en mettait en doute l'efficacité. Au moment de l'annonce du plan, en novembre 1995, le Gouvernement estimait que ses mesures ramèneraient en 1996 le déficit de la Sécurité sociale à 16,6 milliards de francs. Six mois plus tard, les prévisions le situent déjà à 40 milliards de francs environ ! Même si le plein effet des mesures ne devrait s'exercer qu'en 1997 le succès financier semble compromis.

Faut-il donc verser le plan Juppé à la longue liste de ceux qui, du plan Barrot de 1976 au plan Veil de 1994, ont rythmé la politique de santé depuis 20 ans ?

On en connaît les résultats ambigus. D'un côté, la croissance des dépenses de santé a été effectivement ralentie, le taux de croissance de la consommation médicale totale passant de 8.70 % par an en moyenne sur la période 1970-75 à 3.40 % pour la période 1990-94. Mais dans le même temps, la croissance économique, sur laquelle reposent les recettes de l'assurance-maladie, a baissé plus encore, notamment au cours des périodes 1980-85 et 1990-95 (tableau 1).

Ainsi, bien que le rythme des dépenses de santé ait effectivement baissé, la divergence avec le rythme de croissance du PIB ne s'est pas résorbée, bien au contraire. Les plans rétablissent un équilibre fragile et temporaire qui est remis en cause presque immédiate-

ment par l'écart variable mais persistant des taux de croissance.

TABLEAU 1 : Taux de croissance moyen annuel de la consommation médicale totale et du produit intérieur brut

Période	T.C.M.A. de la CMT	T.C.M.A. du PIB	Élasticité
1970-75	8.70 %	4.09 %	2.13
1975-80	5.95 %	3.17 %	1.88
1980-85	5.29 %	1.52 %	3.48
1985-90	4.83 %	3.22 %	1.50
1990-95	3.39 %	0.77 %	4.40

Note: TCMA : Taux de Croissance Moyen Annuel

CMT : Consommation Médicale Totale

PIB : Produit Intérieur Brut - Élasticité : Rapport des TCAM.

Origine des données : Eco-Santé, CREDES, 1996.

D'où ce sentiment de lassitude et d'incompréhension que ressentent l'opinion publique et les professions de santé qui ne voient pas le résultat des efforts parfois douloureux qu'on leur impose. De ce point de vue donc, la situation actuelle n'est pas originale et il ne fait guère de doute qu'un nouveau plan financier sera bientôt nécessaire.

Pour autant, on ne peut assimiler le plan Juppé à ses prédécesseurs.

D'abord en raison de la cible choisie. Les plans précédents visaient plus ou moins explicitement l'assuré

(1) Professeur de sciences économiques à l'Université Paris-Dauphine.

(2) Wagner School of Public Service, New York University, New York, États-Unis.

(3) Le premier train était composé des deux ordonnances du 24 janvier 1996, la première étant « relative au remboursement de la dette sociale » et la seconde « aux mesures d'ur-

gence tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la Sécurité sociale ». Le second train, dont il sera question ici, comprend les trois ordonnances du 24 avril 1996, les deux premières étant relatives « à l'organisation de la Sécurité sociale » et « à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins » et la troisième « portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ».

social qui était mis doublement à contribution par la hausse des cotisations et la baisse des remboursements. Le plan Seguin a été de ce point de vue exemplaire avec l'extension du remboursement à 40 % pour des médicaments de confort, le déremboursement des vitamines, la réforme de ce qui était alors les « *maladies longues et coûteuses* », etc.

Par contraste, la cible du plan Juppé est essentiellement le monde de la santé sur lequel porte la plupart des mesures. C'est le cas de la fixation d'un objectif quantifié national pour les soins ambulatoires, de la baisse de la dotation globale hospitalière, de la réforme de la couverture sociale des médecins du secteur II, de la participation des médecins à l'informatisation ou de la contribution exceptionnelle de 2,5 milliards de francs de l'industrie pharmaceutique.

Certes, il y a la réforme importante financièrement, politiquement et symboliquement, des cotisations maladie sur les revenus de transferts (retraités, chômeurs). Mais elle est présentée comme une mesure d'« harmonisation », presque comme une mesure d'équité. Aucune baisse des remboursements n'est en revanche intervenue et cela avait été abondamment souligné en novembre par les promoteurs de la réforme sans toutefois empêcher l'explosion sociale de décembre !

Mais la principale originalité du plan Juppé, ce qui le distingue radicalement des autres plans, c'est son ambition d'aller au-delà des « *mesures d'effet immédiat* » et d'enclencher un train de « *réformes structurelles* ».

Les ordonnances d'avril constituent un pas de plus dans une direction déjà fermement adoptée par la loi Teulade, qui vise à modifier en profondeur le nouveau mode de régulation des soins ambulatoires. Pour elles recèlent des contradictions importantes qui tendent à dissimuler ces évolutions de fond, qui en limitent l'efficacité et qui maintiennent une forte dose d'incertitude quant à l'avenir du système de santé.

VERS UN « MANAGED CARE » À LA FRANÇAISE ?

Parmi les mesures les plus novatrices, on retiendra en tout premier lieu l'article 17 de l'ordonnance « *relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins* » qui met en place une nouvelle mécanique :

1. Chaque année, la « *convention d'objectifs et de gestion* » prévue à l'article 1 de l'ordonnance sur l'organisation de la Sécurité sociale et conclue entre l'État et les organismes de Sécurité sociale, fixe par avenant un « *objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville* » portant sur la rémunération des soins de ville, les prescriptions et les prestations en espèces (indemnités journalières).

2. Chaque année, à partir de l'objectif précédent, les partenaires conventionnels déterminent par avenant à la convention médicale, un « *objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales* » (OPEDM) qui couvre la dépense remboursable « *d'honoraires, de rémunérations, de frais accessoires et de prescriptions* ». Déterminé séparément pour les généralistes et les spécialistes, adapté en fonction des régions et des spécialités médicales, l'objectif est décomposé en une partie honoraires et une partie prescriptions, notamment médicamenteuses.

Il inclut en outre une « *provision* » pour revalorisation des honoraires médicaux.

3. Si l'évolution des dépenses réelles est inférieure à l'OPEDM, la différence est versée aux médecins « *à due concurrence de la provision* » et au prorata de leur activité sous un éventuel plafond.

4. Si l'évolution réelle est supérieure à l'OPEDM, le reversement de la différence est exigible auprès de l'ensemble des médecins conventionnés, avec une procédure d'individualisation par médecin qui tient compte : i) du respect des objectifs par région et spécialité ; ii) de l'évolution de l'activité ; iii) de l'importance des dépassements d'honoraires ; iv) du respect des Références Médicales Opposables.

Ce système établit donc une connexion directe entre le revenu des professions de santé et le montant des prescriptions. Ce n'est pas une innovation. Cela existe sous une autre forme en Allemagne où le volume global des honoraires des médecins est lié chaque année au budget global des prescriptions pharmaceutiques. En Grande-Bretagne, au niveau individuel, certains généralistes, les « *GP's fundholders* », sont dotés d'un budget global couvrant non seulement les honoraires et (certaines) prescriptions mais encore l'hospitalisation (pour certaines causes).

C'est enfin un mécanisme de base des organisations de « *managed care* » aux États-Unis, avec toutefois cette différence qu'il s'agit en France, comme en Allemagne, d'un outil de modération des prescriptions plus que de partage du risque.

Dans tous les pays où elle a été mise en œuvre, la connexion honoraires - prescription a eu des effets considérables. L'utilisation des médicaments les moins chers - et notamment les génériques - a explosé. Les instruments statistiques de connaissance et de suivi des prescriptions se sont multipliés. La gestion économique de l'activité médicale s'est développée.

L'outil est en effet très incitatif. Selon les données de la CNAMTS (4), la prescription pharmaceutique moyenne d'un médecin généraliste est de 258 F, soit un montant remboursé de 156 francs environ. Une baisse de 10 % autorise ainsi un potentiel de revalorisation de 15 F environ par consultation, soit exactement ce qui sépare la revalorisation du C du 1^{er} avril 1990 (90 F) de celle du 1^{er} juillet 1994 (105 F). Ainsi une diminution - relativement facile - de 10 % du montant de l'ordonnance permet d'obtenir rapidement l'équivalent de quatre années de revalorisation tarifaire !

Le champ d'application de ce mécanisme reste certes limité :

- Elle ne couvre que les prescriptions et non les soins secondaires (hospitalisation et renvoi au spécialiste).
- Le budget global honoraires - prescriptions n'est pas individualisé par médecin, ou mieux, par patient.

(4) « Le secteur libéral des professions de santé en 1994, activité, prescription et honoraires », *Bloc-Note Statistique* n°77, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

• L'horizon économique du calcul est limité à l'année, limitant ainsi les incitations vertueuses pour des actions de prévention dont le bénéfice se situe dans un avenir plus lointain.

Il reste que pour la première fois, les médecins français héritent, individuellement et collectivement, de la responsabilité de la dépense de soins ambulatoires avec un schéma crédible de sanctions - récompenses.

Par rapport au débat national, un peu artificiel il est vrai, entre «*maîtrise comptable*» et «*maîtrise médicalisée*», les ordonnances marquent un renversement stratégique: la maîtrise médicalisée et les Références Médicales Opposables (RMO) deviennent un moyen d'atteindre des objectifs financiers alors que la maîtrise médicalisée faisait dépendre les économies budgétaires de la mise en œuvre par les médecins des recommandations de bonnes pratiques cliniques comme les RMO.

Mais il s'agit surtout d'un outil d'élimination des gaspillages, alors qu'il existe en France, on le sait, de multiples problèmes de santé publique insuffisamment pris en charge, par exemple les maladies mentales, les pathologies de la sénescence, les risques liés à l'environnement, etc. Des recommandations de bonnes pratiques peuvent ainsi être potentiellement inflationnistes et, du point de vue des pouvoirs publics, le renversement stratégique n'est pas illogique.

Le dispositif de maîtrise médicalisée qui résultait de la dernière convention médicale, comprenait déjà un objectif d'évolution des dépenses de soins. Mais les rapports entre RMO et objectif financier n'étaient pas précisés et cela constituait d'ailleurs un point faible du système. L'ordonnance hiérarchise et clarifie les choses: l'opposabilité porte dorénavant avant toute chose sur l'OPEDM.

C'est d'ailleurs exactement cette même hiérarchie entre objectifs financiers et normes de pratiques médicales que l'on trouve dans le mouvement du «*managed care*» aux États-Unis et il n'est sans doute pas exagéré de dire que les ordonnances créent les points d'ancrage d'un «*managed care* à la française» avec notamment:

- Le développement du codage des actes et pathologies, sans lesquels il n'y a pas de gestion effective de la pratique médicale.
- La création pour tous les assurés d'un «*carnet de santé*» visant à améliorer l'échange d'informations médicales entre les professionnels et la qualité de la prise en charge.
- Et surtout l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation des soins avec les *filiales*, organisées à partir d'un médecin généraliste, et les *réseaux* assurant la coordination des soins entre la ville et l'hôpital.

Le «*managed care*» désigne l'intervention du payeur dans la gestion du système de santé se traduisant par l'adaptation de l'architecture organisationnelle, la mise en place d'incitations financières, l'introduction d'outils de gestion destinés à optimiser la qualité et le coût des soins (5). Il s'agit notamment de sélectionner les tech-

niques médicales appropriées en fonction de l'état exact du malade, de suivre le déroulement du processus thérapeutique, d'en évaluer l'issue. Le thérapeute est assisté des recommandations cliniques sur les actes à délivrer. Il réfère les patients à des prestataires de soins secondaires (hôpital, soins de spécialistes) sous des conditions bien précises. Il utilise aussi bien des listes restreintes de médicaments que des filières et réseaux de soins sélectionnés pour leur rapport coût-bénéfice.

Ce type de modèle, qui se traduit par un certain partage du risque, peut apparaître séduisant aux yeux des responsables français, d'autant qu'il est parfaitement compatible, du moins en apparence, avec certaines mesures du train d'ordonnance.

L'ordonnance sur «*la réforme de l'hospitalisation publique et privée*», que nous n'analyserons pas en détail ici, contient elle aussi des dispositions intéressantes avec, par exemple la formation d'Agences Régionales d'Hospitalisation avec compétence à la fois sur le privé et le public, l'instauration de procédures d'accréditation des établissements et des services par des experts indépendants sous l'égide de la nouvelle Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Elle affirme en outre la volonté, qui reste il est vrai très vague, de développer la coopération entre hôpitaux d'une part et entre hôpitaux et médecins de ville de l'autre.

DES LIMITES ET DES CONTRADICTIONS

L'analyse qui précède ne doit pas cependant donner l'impression que les ordonnances constituent un plan de réforme complet et structuré du système de santé français, obéissant à une logique forte faisant dépendre l'émergence de nouveaux modes de régulation d'un diagnostic précis et documenté sur les carences de la gestion actuelle.

Outre que beaucoup de «*mesures*» ne sont que des intentions auxquelles il reste à attacher des modalités pratiques de mise en œuvre, les contradictions et les interrogations restent nombreuses. Elles témoignent de ce que l'ensemble du dispositif est plutôt éclectique dans son inspiration et reflète assez largement des positions de compromis.

Un bon exemple est donné par l'accréditation qui est définie comme «*une procédure externe à un établissement de santé dont l'objectif est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement*» (6).

Mais qu'est ce qui dans une telle définition distingue alors l'évaluation de l'accréditation? Il y manque en fait la notion d'agrément que l'on retrouve dans le contexte américain où les soins délivrés par une institution non accréditée ne sont pas remboursés. Le texte de l'ordonnance s'attache au mot plus qu'à la chose. Elle établit une confusion - peut-être volontaire - entre l'évaluation qui relève d'experts indépendants et l'accréditation qui est un acte de gestion propre à un organisme de financement choisissant les prestataires qui

(5) Voir E.LÉVY et V.G. RODWIN: «*Un managed care à la française?*», *Chronique de la SENEIS*, 1996.

(6) Cette définition est celle du rapport au président de la République à propos de l'ordonnance sur l'hospitalisation.

offrent, au terme d'une évaluation indépendante, les meilleures garanties de qualité et de coût.

Au-delà de ces imprécisions, l'objectif d'harmonisation et de gestion rationnelle des soins que supposerait le « *managed care* » bute sur deux grandes limites, que nous évoquerons pour terminer. La première tient à la centralisation du système qui est accentuée et la seconde à la logique des enveloppes sectorielles qui persiste.

On a souvent souligné, parfois dans un but polémique, que les ordonnances marquaient une étape dans l'étatisation du système de santé. Le rôle nouveau dévolu au Parlement, la réforme de la composition et de la désignation des conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale, l'instauration d'un pouvoir de substitution systématique donnant à l'État la maîtrise effective des objectifs nationaux, l'instauration de modes de financement échappant à la logique des cotisations sociales, etc. en portent très clairement témoignage.

Pour autant, il n'est évidemment pas question d'atteindre le stade ultime de l'étatisation que serait un Système National de Santé, dont la seule évocation fait frémir les représentants syndicaux des médecins.

Le système de santé français reste donc très hybride. L'État, qui depuis longtemps essaie d'assurer l'équilibre budgétaire, tend de plus en plus à intervenir dans la gestion du système tout en laissant dans le même temps subsister des organismes gestionnaires autonomes ! Clairement il voit son rôle d'une manière plus extensive que celle qui serait cohérente avec l'organisation actuelle du système et qui consisterait à fixer des objectifs et des priorités en laissant aux acteurs le soin de choisir et de négocier librement les moyens de les atteindre.

En outre, on ne peut manquer d'être frappé par l'absence totale de référence à la notion de « concurrence », alors que dans beaucoup de pays, notamment ceux où le « *managed care* » s'est développé, la concurrence organisée (« *managed competition* ») constitue le principal axe stratégique des politiques de santé.

Les ordonnances n'ouvrent aucune porte à la concurrence, ni à la concurrence entre organismes d'assurance, ni à la concurrence entre producteurs. Un pas dans ce sens servirait cependant à préparer la France à un avenir européen.

Le thème de l'accréditation aurait pu tout naturellement y conduire mais, comme on l'a vu, le concept a été redéfini de manière précisément à exclure la possibilité d'un agrément sélectif des meilleurs prestataires.

Il faut y insister, une stratégie de « *managed care* » nécessite une forme assez large de décentralisation des décisions. Dans la mesure où c'est la chaîne complexe

des soins médicaux, voire médico-sociaux, qu'il s'agit de gérer, un organisme régulateur ne peut qu'agir par des incitations portant sur les producteurs sans interférence dans leur exercice.

L'autre limite importante au développement d'un tel mode de régulation est le renforcement des enveloppes budgétaires sectorielles.

L'hôpital et les soins de ville restent soumis à des enveloppes séparées. De même l'objectif prévisionnel de la dépense médicale est établi séparément pour les spécialistes et les généralistes. Dans le même temps, les ordonnances n'hésitent pas à réaffirmer le besoin d'une coopération des institutions de soins. Elles appellent à expérimenter des filières de soins pour harmoniser la relation généralistes - spécialistes et des réseaux de soins pour la coordination ville - hôpital.

Mais clairement, la logique des sous-enveloppes s'oppose à ces objectifs louables de décloisonnement. Enfermées dans leurs budgets respectifs, chacune des professions ou des institutions sera plus incitée à rejeter la dépense sur les autres qu'à collaborer pour améliorer la prise en charge globale du patient. On a ainsi observé en Allemagne que le budget de prescription des médecins de ville avait augmenté les dépenses hospitalières, et donc finalement les dépenses totales, par transfert de malades.

Alors que l'intérêt principal d'une logique de « *managed care* » est de recentrer la gestion du système sur le patient, en organisant la coopération des différents intervenants, la multiplication des enveloppes sectorielles va très exactement dans un sens contraire en créant entre producteurs des relations de rivalité et d'antagonisme. L'outil de financement privilégié dans le cadre du « *managed care* » est un budget global par patient, la capitation, qui crée une forte incitation à la coopération des professions de santé : il leur faut alors trouver l'organisation optimisant la prise en charge globale du patient.

D'un autre côté, la remise en cause des enveloppes sectorielles équivaldrait à une remise en cause de l'organisation et du financement de l'ensemble des producteurs de soins et on peut donc comprendre l'hésitation des pouvoirs publics à s'engager dans une telle voie, du moins dans l'immédiat.

Si les ordonnances créent les conditions d'émergence d'un « *managed care* » à la française, elles maintiennent par ailleurs les caractéristiques du système qui jusqu'à présent ont limité son développement. Ces contradictions dans les orientations stratégiques jointes aux difficultés récurrentes en matière de financement ne laissent finalement guère de doute à la question posée au tout début de ce texte : a l'évidence, il y aura dans l'avenir de nouveaux « plans Juppé ».