



© Presscode

## LA LUTTE CONTRE LE SIDA

# À BOUT DE SOUS

## DES MENACES DE TOUS CÔTÉS

Les acteurs de la lutte contre le sida n'ont pas attendu la crise pour déplorer la baisse de leurs financements. Tous sentent leurs actions menacées à plus ou moins court terme. Le ministère de la Santé soutient pourtant que le budget sida reste sanctuarisé, mais cette sanctuarisation est théorique : depuis 2004, les groupements régionaux de santé publique (GRSP) répartissent selon leurs propres critères, à l'échelle de leur territoire, l'ensemble des budgets déconcentrés qu'ils reçoivent du ministère, de sorte que le financement des actions contre le VIH est mis en concurrence avec celui d'autres programmes de santé. Sur le terrain, de nombreuses associations en ressentent les effets : subventions menacées, en forte baisse, voire coupées. De son côté, l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) s'inquiète du devenir de certains projets d'envergure devant être menés au sud – suite au désengagement financier du ministère des Affaires étrangères – et déplore l'insuffisance de ses moyens pour rester dans la compétition internationale en matière de recherche vaccinale. De l'hôpital, enfin, nous parvient un poignant cri d'alarme. La tarification à l'activité, mise en place en 2004, ne permet plus de valoriser financièrement le travail qualitatif, pluridisciplinaire et complexe des services de maladies infectieuses, qui craignent de perdre leur personnel, voire d'être supprimés, faute de recettes suffisantes. Faut-il préciser qui, d'une situation à l'autre, paie et paiera les pots cassés ?

Laetitia Darmon

## TARIFICATION

# CETTE MÉDECINE QUI NE RAPPORTE PLUS RIEN

T2A, circulaire frontière : les nouvelles règles de financement de l'hôpital ne permettent pas de valoriser la prise en charge pluridisciplinaire, en ambulatoire, des patients VIH. Si rien ne change, réductions d'effectifs et perte du personnel paramédical guettent les services VIH, qui ont pourtant fait leurs preuves. Les patients, surtout les plus précaires, vont en payer le prix fort.

**H**ier, j'ai vu un patient séropositif que je connais depuis 10 ans, raconte Bertrand Riff, praticien hospitalier à l'hôpital de jour du service maladies infectieuses de Tourcoing. Sa charge virale est indétectable, alors que personne n'aurait parié un zloty sur lui. J'ai discuté avec lui de ses problèmes cardio-vasculaires et de son hépatite C. Puis j'ai sorti ma casquette de psychothérapeute de quartier pour voir où il en était de ses problèmes d'alcool – il est abstiné depuis deux ans, tout ne se passe pas si mal... Et j'ai fini par décliner ma casquette de sociothérapeute de liaison : comme il commence à revivre, il aimerait reprendre un petit boulot et je lui ai parlé des Cap emploi. Au bout de ces trois quarts d'heure d'entretien, je me suis dit : "qu'est-ce que je vais bien pouvoir coter ?"». <sup>(1)</sup>

## Une comptabilité fort politique

Lors du congrès de la Société française de lutte contre le sida (SFLS) organisé en octobre dernier, le discours de Bertrand Riff a fait un tabac. Pendant ces deux journées, largement consacrées à la réforme hospitalière, comment ne pas remarquer l'étonnante unanimité qui régnait dans l'auditoire ? Médecins, paramédicaux, associatifs et patients : tous étaient là, unis, pour dénoncer l'inadéquation du nouveau système de financement – la tarification à l'activité (T2A) – dans sa forme actuelle, à la prise en charge adaptée et pérenne des personnes vivant avec le VIH. La T2A, en vigueur depuis 2004 dans le secteur public, s'inscrit dans une réforme générale du secteur hospitalier. Elle en est le volet financier. Son principe général : au lieu de recevoir un budget global à l'année, les hôpitaux sont désormais rémunérés par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) en fonction du volume et du type d'actes médicaux qu'ils réalisent, actes plus ou moins cotés selon leur nature et le profil des malades accueillis. La logique aurait voulu que ces tarifs correspondent au coût moyen des actes effectués par l'hôpital, mais ce n'est

pas le cas. Un choix politique a conduit à survaloriser les gestes techniques, nécessitant une hospitalisation courte, au détriment des activités de consultation, fussent-elles complexes, longues et pluridisciplinaires. « Il est tout de même paradoxal que 70 % des dépenses de santé à l'hôpital portent sur du personnel et que l'activité intellectuelle, en dehors des actes techniques, ne soit pas valorisée, alors qu'on sait qu'elle fait faire des économies à moyen et long termes », s'est ainsi exclamé au cours du colloque le professeur Willy Rozenbaum, président du Conseil national du sida. « Ça veut dire que les services qui travaillent très bien aujourd'hui, qui évitent les hospitalisations grâce à la qualité de leurs consultations, seront in fine ceux qui recevront le moins de moyens », a souligné Yves Welker, praticien hospitalier, chef de service maladies infectieuses à l'hôpital de Poissy-Saint-Germain.

## Circulaire frontière

L'hospitalisation des patients séropositifs a fortement diminué ces dernières années, au profit d'une prise en charge pluridisciplinaire, en ambulatoire, majoritairement en hôpital de jour. Patiemment construit au fil des ans, l'hôpital de jour offre aux patients, dans une unité de temps et lieu, un ensemble de prestations, du repas équilibré de midi à l'éducation thérapeutique, en passant par le bilan biologique, la consultation médicale, celle du psychologue ou de l'assistante sociale, le recueil d'avis auprès de médecins spécialistes... Des prestations pas toujours facturables en tant que telles, mais qui sont couvertes par le tarif de l'hôpital de jour (un tarif de plusieurs centaines d'euros, variable d'un hôpital à l'autre). Or, une circulaire parue en 2006 <sup>(2)</sup>, communément appelée « circulaire frontière », restreint aujourd'hui considérablement les possibilités de facturer la prise en charge d'un patient selon le tarif de l'hôpital de jour. Non spécifique au VIH, cette circulaire entend définir la « frontière » entre ce qui relève

de l'hôpital de jour et ce qui relève de « l'activité externe » – c'est-à-dire, pouvant être réalisée « soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé ». Avec ce texte, la facturation en hôpital de jour, qui pouvait être utilisée facilement dès qu'on avait recours à la pluridisciplinarité

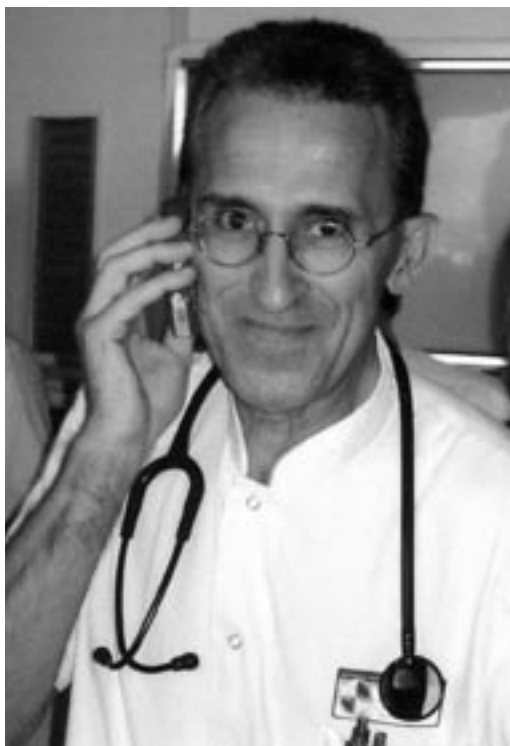
de l'équipe en place, doit désormais être justifiée par un nombre important d'examen très lourds, réalisés dans la journée. Si ce n'est pas le cas, tous les actes médicaux effectués (consultation médicale, bilan biologique...) sont payés au tarif des consultations externes. Tout le travail non coté par la T2A – les échanges entre professionnels, les consultations infirmières, la diététicienne, l'assistante sociale – n'est pas rémunéré. De sorte que la prise en charge pluridisciplinaire d'un patient resté une journée dans l'hôpital de jour procure de plus en plus souvent au service hospitalier le montant de la seule consultation médicale, soit... 23 euros. Un tarif ridicule, compte tenu de la complexité des prises en charge, dans une maladie où les patients sont de plus en plus précaires, atteints de comorbidités multiples et de problématiques liées à leur vieillissement.

**TOUT LE TRAVAIL NON COTÉ PAR LA T2A – LES ÉCHANGES ENTRE PROFESSIONNELS, LES CONSULTATIONS INFIRMIÈRES, LA DIÉTÉTICIENNE, L'ASSISTANTE SOCIALE – N'EST PAS RÉMUNÉRÉ.**

**Dérives**

Avec de telles règles du jeu, les services de maladies infectieuses sont menacés dans leur existence et les prestations paramédicales risquent de ne plus pouvoir être assurées. « On nous demande d'être renta- ►

**TÉMOIGNAGES**



**JACQUES MOREAU**, PRATICIEN HOSPITALIER À L'HÔPITAL NORD À MARSEILLE, RESPONSABLE DE L'UNITÉ VIH (APHM)

**« Il n'y a pas les mêmes prestations en ville »**

« Un de mes collègues infectiologues est parti dans un autre service. Du coup, ce n'est pas évident d'arriver à couvrir les absences, de trouver le temps de se former, d'accorder suffisamment de temps aux patients... J'ai le sentiment qu'il y a une volonté politique de transférer les patients vers la ville, parce que ça coûte moins cher. Mais il n'y a pas les mêmes prestations en ville, où une visite est limitée à la consultation et à la lecture des bilans biologiques effectués en laboratoire. Par ailleurs, nous rendons des services spécifiques. Par exemple, on reçoit toute la journée des personnes victimes d'accidents d'exposition au sang, qu'elles aient ou non pris rendez-vous. Quand on doit les mettre sous traitement, elles rencontrent l'équipe d'éducation thérapeutique, le psychologue... Tout cela prend beaucoup de temps, or ce n'est pas valorisé – l'équipe va passer deux ou trois heures pour une rémunération totale de 23 euros ! »

**Propos recueillis par L.D.**

**ISABELLE POIZOT-MARTIN**, PRATICIEN HOSPITALIER, CHEF DE SERVICE DU CENTRE D'INFORMATIONS ET DE SOINS DE L'INFECTION PAR LE VIH ET LES HÉPATITES VIRALES À L'HÔPITAL SAINTE-MARGUERITE, À MARSEILLE (APHM)

## « Nos prises en charge en hôpital de jour ont diminué de 60 % »

« Nous sommes allés voir la direction des affaires financières de notre hôpital, en listant toutes nos activités (consultations infirmières, psychologue, assistante sociale, diététicienne...) et en lui expliquant que rien ne nous permettait de les valoriser. Ensemble, nous avons tenté de définir à partir de quelles situations cliniques nos prises en charge relevaient de l'hôpital de jour. La circulaire frontière reste en effet floue sur ces conditions. Nous avons donc listé une douzaine de cas valables, sous réserve de la traçabilité du parcours du patient. Malgré ces dispositions, nos prises en charge en hôpital de jour ont diminué de 60 %.

La circulaire nous a donc obligés à mettre à plat ce que nous faisons, ce qui est positif en soi, mais elle complexifie énormément notre travail. En effet, obtenir une tarification en hôpital de jour nécessite de grouper beaucoup de rendez-vous sur une même journée – donc de passer des heures au téléphone – et de baigner dans la paperasse pour avoir la trace de toutes les consultations dans un même dossier. Autant de contraintes qui réduisent le temps disponible auprès des patients. En espérant qu'au final, la CPAM accepte notre organisation. »

Propos recueillis par L.D.

**ISABELLE RAVAUX**, PRATICIEN HOSPITALIER À L'HÔPITAL DE LA CONCEPTION, À MARSEILLE (APHM)

## « L'hôpital de jour est en train de s'écrouler »

« Mon service n'arrive plus à facturer en hôpital de jour. Les pneumologues de l'hôpital sont à l'autre bout de la ville, les endocrinologues aussi. Et le patient qui a rendez-vous à midi chez l'ophtalmologue en ressort à 15 heures. Il n'est pas possible, dans ces conditions, de programmer dans la journée les examens nécessaires à une facturation en hôpital de jour. On réalise donc ces examens au fur et à mesure. La santé des patients est préservée, mais l'hôpital de jour est en train de s'écrouler et je perds mes collaborateurs. »

Propos recueillis par L.D.

**BERTRAND RIFF**, PRATICIEN HOSPITALIER À L'HÔPITAL DE JOUR DU SERVICE MALADIES INFECTIEUSES DE TOURCOING

## « L'hôpital de jour était un espace à créer du lien »

« Lorsque j'ai appris à mes patients en difficulté qu'il n'y aurait plus d'hôpital de jour, ils m'ont répondu : "On ne va plus avoir à manger". Cela m'a d'abord semblé étrange. Puis j'ai compris que ce lieu où on a construit de la restauration immunitaire était en capacité de restaurer d'autres choses. Le repas proposé était peut-être le seul bon repas de la semaine, servi par des aides-soignantes qui ont développé, au fur et à mesure de leur histoire et de leurs rencontres avec les patients, des compétences psychothérapeutiques. C'est à elles que les patients venaient déposer leurs

souffrances. Ce sont elles qui encourageaient les plus rétifs à exprimer ce qu'ils n'osaient pas dire au médecin, au psy, à l'assistante sociale... Elles étaient donc des passeurs vers le soin. L'espace de restauration résidait aussi dans le fait que nos patients pouvaient rencontrer des associatifs, dans les permanences d'Aides. L'hôpital de jour était donc un espace à créer du lien. Un groupe de l'Inserm travaille sur la question du lien et montre que plus on en a, plus l'espérance de vie augmente. »

Propos recueillis par L.D.



© Louise Bartlett

► bles, alors que l'hôpital de jour disparaît au profit des consultations externes, par définition déficientes. Immanquablement, on va finir par nous dire : soit vous générez une autre activité, soit il va falloir réduire le personnel. Et ce sont bien évidemment les patients qui vont trinquer», analyse Yves Welker. Qui dit réduction de personnel dit en effet baisse du temps de prise en charge, donc de la qualité, alors que la file active VIH croît d'année en année. Des réductions de personnel déjà constatées ici et là. « A l'hôpital de la Conception, à Marseille, nous venons de perdre la seule gynécologue spécialiste du VIH, l'ophtalmologue et la gastroentérologue. Ces postes de vacataires n'ont pas été renouvelés, constate le praticien hospitalier Isabelle Ravaux. Ça ne va pas dans le sens des recommandations du rapport d'expert. Mais la direction de l'hôpital nous a dit que tout cela coûtait trop cher et qu'il fallait faire des coupes sombres. »

Pour éviter de voir le budget de leur service diminuer trop fortement, certains médecins avouent tricher avec la circulaire frontière, compter en "hôpital de jour" des prises en charge qui ne devraient pas y être, ou faire faire à leurs patients des examens qu'ils n'auraient normalement pas prescrits, pour pouvoir rentrer dans le cadre légal. Au risque de se faire contrôler par la CPAM et de devoir lui rembourser le trop-perçu<sup>(3)</sup>. « Cette circulaire est un pousse-au-crime comptable ! », s'est insurgé un médecin lors du colloque, résumant la pensée générale.

### Le juste prix

N'y a-t-il pas d'alternative à baisse de qualité d'une prise en charge qui a pourtant fait ses preuves ? La fermeture du service de maladies infectieuses de l'hôpital Saint-Joseph préfigure-t-elle une longue série

d'autres fermetures ? (voir l'article page 24) Les gestionnaires présents au colloque de la SFLS ont proposé une réponse bien maigre, résumée en trois lettres : MIG (missions d'intérêt général). L'éducation thérapeutique – élément majeur du panier de soin fourni jusqu'ici en hôpital de jour – doit en effet être désormais financée par cette enveloppe spécifique appelée MIG, censée tenir compte de tout ce qui ne rentre pas dans le cadre de la T2A (permanences d'accès aux soins, Corevih...). Mais « les MIG sont très insuffisantes, plafonnées et c'est un domaine où tout le monde est déjà en concurrence », a rappelé le coordinateur du TRT-5, François Berdougou. Il est donc clair qu'elles ne couvriront pas les besoins.

Reste à militer pour une revalorisation du tarif des consultations externes. En novembre, des médecins étaient en train de préparer un texte pour faire remonter leurs inquiétudes au plus haut niveau. « Si on n'est pas rentables, c'est parce que le coût de ce qu'on fait est notablement sous-évalué », a résumé le Pr Christine Katlama. Ce n'est pas une bataille corporatiste. Il en va de la qualité des soins due à nos patients et de notre capacité nationale à maîtriser l'épidémie ».

**Laetitia Darmon**

(1) La majorité des citations de l'article sont extraites de propos tenus lors du IX<sup>e</sup> congrès de la Société française de lutte contre le sida (SFLS) – Mieux dépister, mieux prendre en charge, mieux dépenser – organisé à Lille les 23 et 24 octobre 2008.

(2) Circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un H = GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

(3) Le service VIH de l'hôpital de la Conception, à Marseille, a été récemment contrôlé par l'assurance-maladie, qui a épluché tous les dossiers qui lui paraissaient litigieux : 40 % des dossiers rangés par le service en hôpital de jour ont été redéfinis comme des consultations externes.

GRUPE HOSPITALIER SAINT-JOSEPH

## SILENCE, ON FERME!

Le service de maladies infectieuses du groupe hospitalier Saint-Joseph a fermé ses portes. Un événement scruté de près par les médecins, associations et patients, qui craignent qu'il ne soit le premier d'une série, vu l'inadaptation de la T2A à la prise en charge du VIH.

**M**édecins et patients en avaient cauchemardé, Saint-Joseph l'a fait. Le service de maladies infectieuses du groupe hospitalier Saint-Joseph n'est désormais plus. Ses 11 lits d'hospitalisation ont été fermés précipitamment à la fin octobre et sa consultation devait disparaître à la mi-décembre, date de la fin du plan social mis en œuvre par ce groupe privé en délégation de service public.

### Rentabilité

Une décision que la direction du groupe hospitalier se défend de relier à la T2A. «L'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) nous a demandé d'opérer une épure financière car notre déficit s'élève à 28 millions d'euros. Il y a de toute façon une tendance lourde à la restructuration au niveau national», explique la directrice de la communication, Danielle Sarda. Mais alors, pourquoi ce choix des maladies infectieuses? «Ce n'est pas

**«TOUT SE PASSE SI VITE QU'IL Y A UN RISQUE QUE CERTAINS PATIENTS FRAGILISÉS DEVIENNENT DES PERDUS DE VUE.»**

une question de rentabilité, poursuit-elle, d'autres services ne sont pas assez rentables du fait de la T2A. Nous avons choisi les moins interconnectés avec le reste de l'activité de l'hôpital, pour des questions d'équilibre général». Un discours qui tranche avec celui tenu en interne. «La direction nous a expliqué que cette spécialité coûtait beaucoup et rapportait peu. Les spécialités qui disparaissent sont celles qui nécessitent très peu d'actes chirurgicaux et dont la tarification est, dès lors, faible», analyse Anne Cazor, déléguée syndicale CFDT pour le groupe hospitalier. La pédiatrie générale a ainsi été supprimée du pôle mère-enfant au profit des seules néonatalogie et maternité, et le pôle gériatrique a été réor-

ganisé. «Il était prévu dans le projet de restructuration initial de concentrer l'activité gériatrique sur la seule gériatrie aiguë, poursuit-elle. On garde finalement une partie des lits, mais pas la totalité, alors que cette activité était un pilier important de l'hôpital et répondait à un vrai besoin en lits en région parisienne». Mais parler de besoins dans un contexte de T2A paraît si désuet...

### Perdus de vue

L'annonce officielle de la fermeture du service de maladies infectieuses ne pouvant se faire légalement avant la fin des négociations syndicales, les médecins du service ont pris l'initiative, dès juillet dernier, d'avertir eux-mêmes leurs patients... du moins, ceux qu'ils ont pu recevoir en consultation. Des patients qu'ils connaissent parfois depuis plus de dix ans et dont certains envisagent difficilement de changer de médecin. Quelques-uns d'entre eux ont contacté l'association Actif Santé et se sont constitués en collectif – le collectif Saint-Joseph. Dans un communiqué de début novembre, ils dénonçaient «l'attitude inacceptable et méprisante de la direction de l'hôpital Saint-Joseph qui ne leur a donné aucune information, refuse de les recevoir et ne répond pas à leurs courriers».

«Tout se passe si vite qu'il y a un risque que certains patients fragilisés deviennent des perdus de vue. C'est déjà arrivé lors de la fermeture d'autres services», déplore Nathalie Chantriot, secrétaire régionale à l'association Aides et vice-présidente du Corevih Ile-de-France Sud, dont dépend le groupe hospitalier Saint-Joseph. L'association Aides, qui a une permanence depuis des années dans l'hôpital, a néanmoins pu rencontrer la direction, qui s'est engagée à organiser une réunion avec tous les directeurs d'hôpitaux qui recevraient les patients de Saint-Joseph. «Nous ne manquerons pas de lui rappeler sa promesse», souligne Nathalie Chantriot.

### Boule-de-neige

En novembre dernier, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) indiquait dans un communiqué que les deux médecins assurant la



iStockphoto

consultation de maladies infectieuses à Saint-Joseph exerceraient l'un à Montreuil et l'autre à l'hôpital Necker (Paris) et qu'ils pourraient continuer à suivre leurs patients. Elle garantissait que l'ARH s'assurerait « que la continuité des soins [soit] préservée pour tous les patients du service ». Mais de quelle manière ? Ces hôpitaux accepteraient-ils de recevoir tous ces patients ? Ces derniers devront-ils dans le cas contraire rejoindre les files d'attentes déjà saturées des autres hôpitaux parisiens ? Qui va assurer le transfert de leur dossier médical ? Des moyens vont-ils être fournis à ces hôpitaux pour faire face à cette augmentation de leur file active ? Va-t-on attendre que ces services coulent à leur tour pour les supprimer ? Bien des questions

restent en suspens. Et patients comme médecins ont l'impression que ce qui se passe à Saint-Joseph préfigure ce qui risque de se produire ailleurs. « Des bruits circulent sur d'éventuels regroupements d'hôpitaux », signale Nathalie Chantriot. Sans expliciter ses sources, Xavier Rey-Coquais, porte-parole de l'association Actif Santé, estime très vraisemblable que « des 15 consultations parisiennes qui existent aujourd'hui, on passe à 4 ou 5 pour un total de 24 344 patients ». Et de conclure : « Le château de cartes va s'écrouler si on ne modifie pas la T2A. Avec moins de structures, moins de moyens, et une file active toujours croissante, la qualité des soins ne peut que dégringoler ».

■  
Laetitia Darmon

## ENGAGEMENT DE L'ETAT

## DES ZONES D'OMBRE SUR LES BUDGETS

Alors que le gouvernement taille dans les dépenses publiques, que reste-t-il de l'effort de l'Etat contre le sida ? Le budget du ministère de la Santé s'affiche « *sanctuarisé* », mais les doutes et les silences s'épaississent.

**S**anctuarisé... Voilà des années que les responsables politiques le répètent : l'engagement de l'Etat contre le sida est intouchable. Nicolas Sarkozy s'est fait élire pour « *réduire les dépenses publiques* » ? Le gouvernement veut supprimer 13 500 postes dans l'éducation en 2009 ? La crise promet une dépression dans ses ressources ? Qu'importe : l'effort contre l'épidémie, lui, ne faillira pas. La ministre de la Santé Roselyne Bachelot-Narquin l'avait encore affirmé sur le site de Sida info service en novembre 2007 : « *Dès mon arrivée au ministère, j'ai sanctuarisé les crédits de la lutte contre le sida et je les ai augmentés d'un million d'euros* ». Elle l'avait également précisé au *Journal du sida* : « *37,5 millions d'euros de budget seront donc consacrés à ce combat en 2008.* »<sup>(1)</sup> La volonté était nette, ferme. Dans les faits, le maintien de l'engagement de l'Etat est plus incertain.

### Trou d'air

Le projet de loi de finances pour 2009, soumis cet automne aux parlementaires, présente en effet un étrange trou d'air dans les dépenses de la mission "santé". Le budget réservé spécifiquement à la lutte contre le VIH/sida y chute de plus de 20 % cette année : le montant des autorisations d'engagement pour 2009 est fixé à 30,1 millions d'euros, contre les 37,3 millions finalement déployés en 2008<sup>(2)</sup>. Au passage, les crédits s'évaporent aussi contre les infections sexuellement transmissibles (de 8,26 à 7 millions) et contre les hépatites (de 1,7 à 1,25 million).

Roselyne Bachelot-Narquin a expliqué cette fuite le 12 novembre à l'Assemblée nationale : « *La diminution des crédits n'est qu'apparente, c'est une simple question de présentation* ». Techniquement, une partie des fonds anti-VIH a été reclassée cette année sous

deux nouvelles étiquettes – « *pilotage de la politique de santé publique* », et « *accès à la santé et éducation à la santé* ». Au total, la ministre de la Santé assure que ce seront globalement 37,5 millions qui soutiendront le combat cette année – « *vous connaissez d'ailleurs mon implication quasi militante sur ces sujets* »... Joint par téléphone, le député Gérard Bapt, qui l'auditionnait pour la commission des finances, déclare regretter ce « *flou budgétaire* ».

Le projet de loi de finances pour 2009 est également moins disert que l'édition 2008. Une ventilation détaillée des crédits avait alors été soumise aux parlementaires : 50 % des fonds étaient assignés aux programmes profitant aux personnes atteintes ; 18 % aux actions en direction des populations migrantes,

**CES DERNIÈRES ANNÉES, LA « MUTUALISATION » DANS LES GROUPEMENTS RÉGIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE (GRSP) NE SEMBLE PAS AVOIR SERVI LA LUTTE CONTRE LE SIDA.**

homosexuelles, et des départements français d'Amérique ; 16 % en direction de la population générale ; presque 10 % aux associations nationales (dont Aides pour 56 %) ... Au total, « *environ 1 050 organismes* » devaient être « *financés pour la réalisation de plus de 1 300 actions* ». Et 82 % des 37,3 millions d'euros engagés devaient transiter localement par les administrations déconcentrées. Evidemment, les dépenses finalement consommées au cours de l'année 2008 ont pu s'écarter, positivement, ou négativement, de ce canevas.

La prévision pour 2009 est plus sommaire. Aucune ventilation de programmes n'est indiquée. Les crédits centraux demeurent stables – même s'ils doivent, pour la première fois, couvrir le fonctionne-



ment de la délégation Nord-Ouest Ile-de-France d'Aides, pour cause de fusion dans l'association nationale. Les crédits déconcentrés, en revanche, s'effondrent – de 30,6 à 23,3 millions d'euros. Et pourtant, cette année encore, « environ 1 050 organismes » devraient être « financés pour la réalisation de plus de 1 300 actions »...

Les deux nouvelles lignes budgétaires pointées par la ministre à l'Assemblée sont censées compenser cette perte pour les administrations déconcentrées: « Les crédits de la sous-action "soutien à la territorialisation des politiques régionales de santé publique" passeront de 4,3 M€ à 11 M€ en 2009 (...). Et au sein de l'action Accès à la santé et éducation à la santé, la sous-action "santé des populations en difficulté" sera dotée de 11,2 M€ contre 7,3 M€ en 2008. Cette répartition des financements traduit la mutualisation d'une partie des crédits VIH/IST dans le cadre des groupements régionaux de santé publique pour les publics précaires et vulnérables à plusieurs titres en matière de santé. Il s'agit par exemple des actions en faveur des migrants, des toxicomanes, des jeunes, des personnes prostituées, des détenus... » Les associations devraient donc se rassurer. Hélas, ces dernières années, la « mutualisation » dans les Groupements régionaux de santé publique (GRSP) ne semble pas avoir servi la lutte contre le sida.

### Mystères en régions

Car le "14, avenue Duquesne" (ministère de la Santé) ne régent plus à lui seul le bien-être des Français. Certes, des « objectifs » nationaux définis par la loi de santé publique de 2004 doivent encore mobiliser tout le territoire; certes, un "Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST" doit orienter l'action publique à travers le pays. Mais chaque région dispose désormais de son propre "Plan régional de santé publique" (PRSP). Et les priorités locales qui y sont définies doivent ensuite être « mises en œuvre » par chaque GRSP. Or qu'ils luttent contre le sida ou la leptospirose, ces GRSP puisent désormais à leur guise dans la masse des financements déconcentrés du ministère de la Santé – et des autres pourvoyeurs publics réunis, parmi lesquels l'assurance-maladie.

Après sa mise en place, ce nouveau système né de la loi de 2004 faisait craindre que « les budgets sida soient noyés dans le pot commun de la santé publique »<sup>(3)</sup>. Quatre ans après le vote de la loi, les financements contre le VIH ne semblent toujours pas être remontés à la surface...

« Auparavant, le ministère versait à ses administra-

tions régionales, et départementales, des enveloppes explicitement dédiées à la lutte contre le sida », expose Emmanuel Château, ancien président d'Act up-Paris. Désormais, « il attribue des enveloppes globales à chaque GRSP. Il était bien prévu qu'une remontée soit faite, afin de connaître les dépenses finalement engagées contre le sida dans chaque région. Mais ce suivi n'existe pas – en contradiction totale avec la loi, et malgré toutes nos pressions sur le ministère... »

Au ministère de la Santé, on assure pourtant savoir faire ce suivi a posteriori. Une base de données informatisée, le "système d'information des PRSP", a été conçue en 2006 et 2007 pour permettre ces remontées. Mais rend-elle bien compte de la réalité des dépenses ? A l'échelon régional comme au niveau national, certaines actions de santé publique peuvent être aussi bien labellisées "lutte contre le sida" qu'assignées à une autre politique. A la Drass<sup>(4)</sup> d'Ile-de-France, la chef de projet régional "VIH, hépatites et IST" Christine Barbier fait volontiers ce décompte: « Ici le GRSP finance, après appel à projets, des actions contre le VIH, incluant l'éducation à la sexualité, à hauteur de 1,1 million d'euros. De plus, il verse près de 8 millions de financements pérennes à de grandes associations – notamment pour des appartements relais ». Mais elle le reconnaît: « Isoler les financements contre le VIH, on peut y arriver, mais cela reste approximatif ». Par exemple, doit-elle y intégrer la subvention versée à une association qui se charge de « réinsérer » des personnes prostituées ? Ou compta-

suite page 32 ►

### Les tours de passe-passe dans les budgets régionaux peuvent, parfois, s'avérer malicieux. En

Provence-Alpes-Côte-d'Azur, le GRSP peut s'enorgueillir d'un bel effort contre le sida. « C'est vrai, le VIH est leur premier poste de dépense, reconnaît une responsable associative de la région. On peut ainsi faire passer l'idée que la lutte contre sida est la plus subventionnée dans la région, au détriment des "vrais" problèmes des "vrais" gens... » Pour autant, « si c'est en euros courants, je n'appelle pas ça un maintien. De plus, on comptabilise dans ce budget les appartements thérapeutiques, qui relèvent pourtant désormais des financements de droit commun de la Sécurité sociale ! Sous couvert de régionalisation, de partage des responsabilités, et de regroupement dans les GRSP, il y a eu ici diminution des différents robinets qui alimentaient la santé publique, et le sida en particulier. » Concrètement, près de 4,5 millions d'euros avaient été consacrés au programme VIH/sida/IST en 2007 dans la région. Le montant est réduit à 3,7 millions pour 2009.

## INTERVIEW



© Franck Lagalliez

3 QUESTIONS À **JEAN-LUC ROMERO**, PRÉSIDENT DES ELUS LOCAUX CONTRE LE SIDA

## « C'est devenu très compliqué de mobiliser les élus contre le sida »

### Comment évoluent les financements des collectivités territoriales françaises à la lutte contre le sida ?

Leur montant total est inconnu. Nous avons essayé à plusieurs reprises de le calculer, mais nous n'y sommes pas arrivés. Même en tant que conseiller régional, je ne pourrais pas vous donner le montant pour l'Ile-de-France. C'est très compliqué : les subventions données aux associations peuvent l'être au titre de la santé, du social, de la politique de la ville, etc. Il faudrait faire un travail de fourmi. Ce que je peux vous dire, c'est que pour la région Ile-de-France, clairement, il n'y a aucun désengagement financier. Mais ailleurs, on peut se poser des questions. Par exemple, il y a huit Crips<sup>(1)</sup> en France, aucun ne reçoit autant de subventions régionales que celui d'Ile-de-France.

### Les collectivités territoriales ont-elles vocation à soutenir la lutte contre le sida ?

La compétence appartient à l'Etat. Mais en même temps, les régions, les départements, les communes, ont dans la santé des compétences qu'elles peuvent s'octroyer – comme elles se sont octroyées à une époque des

compétences en matière de sécurité... Je l'ai toujours dit : ce n'est pas parce qu'on n'a pas la compétence qu'il ne faut pas le faire. La région Ile-de-France l'a très bien compris. Mais en Guyane par exemple, malgré une prévalence dramatique, ni la Région, ni le département n'en ont pris la mesure.

### Votre association parvient-elle à maintenir la mobilisation des élus locaux ?

Les élus locaux sont à l'image du pays : aujourd'hui on fait le minimum vital autour du 1<sup>er</sup> décembre, et voilà tout. Cela fait 13 ans qu'on a créé l'association, pour faire un bruit de fond ; je vais quasiment toutes les semaines en province, je fais des réunions : il y a de moins en moins d'élus présents. Jusqu'en 2005, on rassemblait encore. Aujourd'hui c'est devenu très compliqué de mobiliser contre le sida, même avec la nouvelle génération d'élus. Et dans bien des départements ruraux, je remarque la disparition de petites associations, qui n'arrivent plus à survivre. ■

Propos recueillis par O.B.

(1) Centres régionaux d'information et de prévention du sida

## L'ENGAGEMENT INTACT AFFICHÉ PAR LA MINISTRE DE LA SANTÉ SE VÉRIFIE DIFFICILEMENT SUR LE TERRAIN.

► biliser une action menée auprès des détenus pour leur santé générale? La «*mutualisation*» dans les GRSP rend ainsi moins lisible l'effort public contre le sida.

### Disparités

La sanctuarisation des crédits contre le sida peut donc laisser perplexe en régions. Ici et là, elle peut même franchement vaciller. Les projets d'actions contre le VIH sont en effet soumis aux GRSP en concurrence avec d'autres programmes de santé, face à des décideurs pas forcément sensibilisés. Aides peut en témoigner. «*Nous constatons des tensions sur les financements publics, mais pas de désengagement global, souligne le directeur délégué Olivier Dénoue. En revanche, nous observons de très fortes disparités selon les départements et les régions.*» Jusqu'ici, «*il y avait une cohérence nationale dans la politique de lutte contre le sida, avec des marges de manœuvre locales, qui paraissaient normales. Petit à petit, on perd ce cadre global, et on s'isole sur du "loco-local".*» A Lyon, par exemple, l'association Cabiria vient de faire les frais d'un «*blocage politique*» au sein du GRSP de Rhône-Alpes (voir le témoignage p. 31). Et comme le remarque une directrice associative, «*auparavant, un projet qui pouvait ne pas être prioritaire au niveau régional pouvait être soutenu au niveau local ou départemental par un autre financeur. La politique du guichet unique, sous couvert de cohérence, pratique la politique de la priorité unique*».

Olivier Dénoue pointe une autre tare de la régionalisation: «*Quand les acteurs locaux décident, il leur est plus facile de financer du consensuel. Une prévention auprès des jeunes passera toujours mieux qu'une action ciblée auprès des gays ou des migrants...*» La prochaine mise en place des Agences régionales de santé n'inspire donc guère confiance. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, les GRSP doivent y être rassemblés avec les Ddass<sup>(5)</sup>, les Drass, et quatre autres organismes locaux de l'Etat et de l'assurance-maladie. «*Nous avons une grosse crainte d'y perdre encore*

*plus la vision globale, nationale, des enjeux de la lutte contre le sida*», commente Olivier Dénoue.

### De grandes incertitudes

Peu relayé, l'engagement intact affiché par la ministre de la Santé se vérifie difficilement sur le terrain. Il reste que le ministère mise d'autres dépenses contre l'épidémie: ses financements à l'Institut de veille sanitaire, à l'Inpes<sup>(6)</sup> ou à l'Aide médicale d'Etat, contribuent au combat. Pour sa part, l'appui du ministère de la Recherche à l'ANRS semblait incertain cet automne (lire l'interview p. 33 du directeur de l'ANRS). Et si le ministère des Affaires étrangères annonce que la France consacre 360 millions d'euros à la lutte contre le sida dans le monde, ce décompte comprend notamment les 160 millions de taxes payées par les passagers aériens, reversées à Unitaid... Bien des associations redoutent déjà de prochaines coupes dans

*suite page 32 ►*

## ZOOM SUR PARIS

JEAN-MARIE LE GUEN, ADJOINT CHARGÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE À LA MAIRIE DE PARIS

### «Notre soutien est exceptionnel»



© Sophie Rabichon / Mairie de Paris

#### Où en sont les financements de la Mairie de Paris à la lutte contre le sida ?

Notre soutien est tout à fait exceptionnel, il se maintient et s'est développé de façon substantielle ces dernières années. Nous avons une double enveloppe : 1 million d'euros pour les actions à Paris, et 2 millions sur les actions de coopération internationale. De 2001 à 2008, notre action internationale contre le VIH est

passée, de mémoire, de 100 000 euros à 2 millions d'euros. Sur Paris, elle a dû progresser de 20 à 30 % sur la première mandature. Je crois qu'en France, aucune autre collectivité territoriale n'engage un tel budget contre le sida.

#### Cette politique n'est-elle pas menacée par les conséquences de la crise financière sur les collectivités territoriales ?

Non. Nous avons clairement, pour des raisons de santé publique, l'intention de sanctuariser ces financements.

Recueilli par O.B.

## TÉMOIGNAGES

## QUATRE ASSOCIATIONS À DÉCOUVERT

Subventions menacées, financements supprimés, programmes de lutte contre le sida en sursis... La régionalisation et le désengagement ont déjà fait plusieurs victimes associatives.

CAYENNE

ELSA GOUJON, DIRECTRICE D'ENTRAIDES GUYANE

### « Une grosse baisse de subvention... »

« La DSDS<sup>(1)</sup> finançait de manière constante nos actions de lutte contre le sida en Guyane. Mais l'an dernier, elle a rejoint la Sécu, notamment, dans le GRSP<sup>(2)</sup>. Et malgré ce regroupement, elle nous a rapidement annoncé une grosse baisse de ses subventions. Nous avons gardé nos budgets pour la prévention auprès des travailleurs du sexe, et pour nos soutiens aux personnes touchées. Mais nous avons perdu les 60 000 € pour nos actions de prévention généraliste. Pourquoi ? Je ne sais pas trop. J'ai cru comprendre qu'il y avait moins d'argent au ministère de la Santé. Et puis comme le GRSP s'occupe de toute la santé publique, peut-être qu'il a arbitré au profit de la lutte contre l'alcoolisme, par exemple. Nous n'avons pas eu l'information.

Nous sommes allés expliquer au directeur de la DSDS qu'on allait devoir fermer notre lieu d'accueil à Cayenne. Et finalement, le GRSP nous a attribué une subvention de 45 000 € pour la prévention généraliste. On ne l'a reçue qu'en septembre. Pour la gestion de l'association, ce n'est pas très facile...

Roselyne Bachelot était venue en Guyane en mai dernier. Elle avait promis de débloquer 1 million d'euros contre le sida dans notre département. Concrètement, on n'a rien vu. Il nous reste Sidaction, Solidarité sida. Et les collectivités territoriales, mais c'est réduit. Les trois quarts de notre financement, c'est le GRSP. » ■

CAEN

ANITA AUER, COORDINATRICE DE SID'ACCUEIL BASSE-NORMANDIE

### « Les portes se ferment »



D.R.

« Depuis deux ou trois ans, nous ne recevons plus aucun financement public contre le VIH. Nous sommes pourtant une association de lutte contre le sida, qui propose du soutien et de la prévention en milieu scolaire, et gère trois distributeurs de seringues.

Le GRSP<sup>(2)</sup> nous finance essentiellement pour nos actions en toxicomanie : il a versé 17 000 euros en 2007, soit près du quart de notre budget.

Le souci est qu'un Caarud<sup>(3)</sup> doit bientôt être ouvert dans le département. Et une autre structure est porteuse de ce projet. Je ne suis pas sûre de garder le financement toxicomanie quand ce Caarud sera ouvert...

Quant au conseil général du Calvados, il a supprimé sa subvention de 1 000 euros il y a plus de trois ans. La ville de Caen, elle, nous verse plus de 9 000 €, pour notre fonctionnement. Mais cette subvention n'augmente pas, alors que nos activités ne cessent de se développer.

Il reste les financements privés. Nous avons encore Sidaction, pour 11 000 euros. En revanche, Solidarité sida a interrompu ses financements aux associations françaises l'an dernier...

Au total, l'ensemble de nos subventions publiques atteignait 32 800 € en 2004 ; nous n'en avons plus que 29 000 en 2007.

Une à une, les portes se ferment. On sent bien que le sida ne cause plus assez de décès pour convaincre les financeurs ! » ■

MARSEILLE

**HERVÉ RICHAUD**, DIRECTEUR RÉGIONAL  
AIDES RHÔNE-ALPES MÉDITERRANÉE



© Magali Jourdan / Pressecode

## « Le désengagement de l'Etat est clair »

« En région Paca, j'observe que les priorités définies dans le PRSP<sup>(4)</sup> ne se traduisent pas forcément en financements. Les migrants et les homosexuels y sont présentés comme des publics prioritaires. Et pourtant, à Nice, notre action "hommes entre eux", qui recevait 80 000 € du GRSP depuis 2005, n'a reçu que 40 000 € pour 2008. Nos permanences dans les établissements commerciaux sont donc menacées. Nous sommes pourtant les seuls à mener une action de santé communautaire auprès des gays dans les Alpes-Maritimes. De même, nous avons déposé un nouveau projet d'intervention auprès des publics précaires et migrants dans le Var en 2008, pour un montant de 50 000 €. Ce projet a été élaboré avec la Ddass, il a reçu son avis favorable, mais son financement a été refusé. Il y a donc incohérence en Paca, où le GRSP<sup>(2)</sup> nous demande de renoncer à des actions que nous sommes les seuls à mener, et qui correspondent à des priorités partagées.

Quant au GRSP de Rhône-Alpes, le VIH n'y apparaît même pas comme prioritaire: l'occurrence VIH ne figure qu'une seule fois dans le PRSP, et les crédits contre le sida ne sont pas à la hauteur des enjeux. Notre délégation du Rhône, avec notamment son accueil de personnes séropositives à Lyon, est sous-financée. En outre, dans notre Caarud de Grenoble, le financement promis par l'assurance-maladie est incomplet: il manque 100 000 € sur les trois derniers exercices.

Ces difficultés de financements croissent ces dernières années. Le désengagement de l'Etat est clair. Les collectivités territoriales demeurent mobilisées, mais le sida n'entre pas dans leurs compétences légales. Elles n'ont pas à compenser ce désengagement. Et pour 2009, on nous annonce une nouvelle diminution des crédits VIH, dans les deux GRSP. » ■

LYON

**FLORENCE GARCIA**, DIRECTRICE DE CABIRIA

## « Nos demandes ont été bloquées »

« En Rhône-Alpes pour 2008, les demandes de financement au GRSP<sup>(2)</sup> devaient passer par le nouveau site subventionenligne.fr. Il fallait s'y référencer, avant d'obtenir un code et pouvoir remplir sa demande en ligne... Nous l'avons fait début décembre, sachant que l'appel à projet du GRSP était clos au 31 janvier. Vers Noël, toujours pas de code. On appelle le GRSP, impossible d'obtenir de réponse officielle ; le problème s'avère être politique, pas technique. Nous avons tenté par tous les moyens d'obtenir ce code, sans succès. Fin janvier, on a négocié pour déposer une demande de subvention "papier", qui a finalement pu être instruite. Et en juin, les deux subventions sollicitées au titre de la lutte contre le VIH et pour l'accès aux soins ont été acceptées par le conseil d'administration du GRSP, pour des montants identiques à l'année 2007. Mais la notification d'attribution signée de la Drass<sup>(5)</sup> ne nous parvenait pas, il a fallu recommencer à solliciter nos interlocuteurs des services de l'Etat, pour l'obtenir enfin en juillet, suivie des conventions, et des subventions en septembre. Tout au long de ces démarches, nous avons bien vu que le problème était plus politique qu'administratif. Cabiria est subventionnée par les services déconcentrés de l'Etat pour son action de santé depuis de longues années. La qualité de notre travail est globalement reconnue par nos interlocuteurs. Mais il semble que le discours politique que nous tenons gêne une partie des pouvoirs publics: nous nous mobilisons fortement contre la répression de la prostitution à Lyon. On estime que les travailleurs du sexe exercent un métier; on veut les aider à le pratiquer dans de meilleures conditions de santé et de sécurité. Ceci implique un positionnement contre les lois répressives, en utilisant au besoin les médias. Et cela ne plaît pas toujours à certains représentants de l'Etat. Cela pose un réel problème: les pouvoirs de décision au sein de GRSP n'appartiennent plus aux fonctionnaires qui connaissent les associations de terrain, mais à des décideurs politiques. Et les choses ne devraient pas s'arranger avec l'Agence régionale de santé. » ■

### Propos recueillis par Olivier Bonnin

(1) Direction de la santé et du développement social. Outre-mer, cette structure assume les missions des Ddass et des Drass de métropole.

(2) Groupe régional de santé publique.

(3) Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

(4) Plan régional de santé publique.

(5) Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

(1) cf. Le Journal du sida n°201.

(2) Montants inscrits dans le programme "Prévention et sécurité sanitaire" de la mission "santé".

(3) cf. Le Journal du sida n°189.

(4) Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

(5) Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

(6) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Selon la ministre de la Santé, 23 millions d'euros seront consacrés à la lutte contre le sida en 2009.

► *suite de la page 29* l'aide internationale. Le 8 novembre, déjà, la crise financière a poussé les pays riches, dont la France, à imposer des coupes budgétaires et des plafonnements au Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme, comme l'a rapporté Act up-Paris. « Avec cette crise financière, nous avons de grandes incertitudes sur les prochaines décisions des pouvoirs publics, résume Bertrand Audoin, directeur général de Sidaction. L'Etat engage des centaines de milliards d'euros pour les banques, mais nous craignons que cette crise justifie une baisse des crédits contre le sida. »

Si l'engagement financier de l'Etat paraît plus incertain, son retrait est désormais criant dans les discours. « L'argent est quand même encore là, estime ainsi Jean-Luc Romero, mais la parole politique n'est plus là ». Le président des Elus locaux contre le sida regrette « qu'hormis la ministre de la Santé, il n'y ait

pas de volonté au plus haut sommet de l'Etat »: si jusqu'en 2007 « dans tous les G8 on a parlé du sida, c'était bien grâce à Chirac! » En août dernier, l'absence de Roselyne Bachelot-Narquin et de Bernard Kouchner à la Conférence internationale sur le sida, à Mexico, aura aussi particulièrement interloqué les associations. « Cela symbolise ce qu'on voit: le VIH n'est plus une priorité en France », commente Olivier Dénoue. Et cet automne, la Direction générale de la Santé attendait encore son nouveau chef du "bureau des infections par le VIH, IST et hépatites"...

Où va l'engagement de l'Etat contre le sida? La Cour des comptes pourrait bien provoquer le débat cette année. Elle s'est penchée sur la question et pourra bientôt, peut-être, y répondre par un rapport public. La lutte contre le sida trouvera-t-elle là de quoi mobiliser de nouveau l'Etat? ■

Olivier Bonnin

## L'APPUI DES COLLECTEURS PRIVÉS

Si les subventions publiques peuvent manquer en régions, les financeurs privés parviennent pour leur part à « sanctuariser » leurs collectes.

Pour soutenir les associations, la recherche, et les pays en développement, Sidaction avait réuni près de 18,9 millions d'euros en 2006, puis 18,5 millions en 2007. En octobre dernier, le directeur général Bertrand Audoin se montrait optimiste pour 2008: « On en est à 14,5 millions, soit plus qu'au même mois en 2007. Il y a un "effet prix Nobel", après l'attribution de la récompense à notre administratrice Françoise Barré-Sinoussi » (voir l'article sur les prix Nobel en page 4). En attendant, « nous avons pu redistribuer 4,6 millions pour les associations françaises en 2008, contre 3,5 il y a quatre ans ».

De son côté, Solidarité sida a réussi en 2008 son principal événement de collecte, le festival Solidays, « grâce à une programmation plus fournie et plus variée » selon la directrice adjointe Barbara Alfordari. L'association ne nous a pas communiqué le montant des fonds collectés ces deux dernières années. Cependant, après avoir dû interrompre ses financements à la France en 2007, elle va pouvoir consacrer près de 300 000 € à un nouvel appel à projets national, lancé en septembre. Solidarité sida a par ailleurs pu doter son fonds Afrique de quelque 700 000 €, un an après son lancement en 2007.

Enfin, la Fondation de France, engagée de 1985 à 2000 dans l'appui à la lutte contre le sida, a repris ses financements en 2006 au profit de l'Afrique francophone et des départements français d'Amérique – avec 500 000 € par an pour les associations et 600 000 € pour la recherche. Cependant, aucune association en 2008 ne lui avait présenté de projets pour la France d'outre-mer. Enfin la Fondation Marc, sous son égide, engage environ 1 million d'euros contre le sida chaque année.

Si les financeurs privés rassurent, Bertrand Audoin observe dans le même temps à Sidaction « une masse affolante de demandes: du coup on ne finance que la moitié des programmes qu'on voudrait soutenir... » Pour répondre aux inquiétudes des associations, le financeur leur propose depuis deux ans une assistance « pour les aider à anticiper leurs problèmes budgétaires et à trouver des cofinancements ». En 2009, elle veillera aussi à « débloquer la moitié de ses financements dès janvier, et le reste en mars », afin de leur éviter des problèmes de trésorerie. D'autres intervenants se saisissent d'ailleurs de ces questions: ainsi l'Unals (Union nationale des associations de lutte contre le sida) propose-t-elle désormais un "dispositif de soutien à la gestion associative" à ses 29 membres. ■

INTERVIEW

**« Nous n'avons pas un budget suffisant pour construire un programme vaccinal ambitieux »**

L'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) tente de maintenir, non sans difficulté, son budget au niveau de ces dernières années. Si l'arrivée du ministère de la Santé dans les rangs de ses financeurs est une bonne nouvelle pour la recherche en sciences sociales, le désengagement du ministère des Affaires étrangères constitue une source d'inquiétude pour le devenir des projets de recherche menés au sud. Les explications du Pr Jean-François Delfraissy, directeur de l'ANRS.

**Quel est le budget 2008 de l'ANRS et qui y contribue ?**

**Jean-François Delfraissy :** Le budget de l'Agence s'élève à environ 49 millions d'euros. Il repose essentiellement sur des budgets publics, dont la majeure partie – 39,7 millions en 2008 – provient du ministère de la Recherche. Il était par ailleurs prévu que trois millions d'euros nous soient octroyés chaque année, de 2007 à 2009, par le ministère des Affaires étrangères, mais nous n'avons obtenu que la moitié de cette somme en 2008, c'est-à-dire 1,5 M€. Bonne nouvelle en revanche : pour la première fois, cette année, le ministère de la Santé s'est impliqué dans le financement de projets en sciences humaines et sociales : en 2008, il a budgété une partie de "Méthaville", un projet d'évaluation de la faisabilité d'une primo-prescription de méthadone en médecine de ville ; il finance par ailleurs sur 2008-2009 un programme de recherche sur les tests rapides. Mais tout cela ne fait pas 50 millions d'euros... Le reste de nos moyens provient de sources diverses : collaborations aux niveaux international et européen, dons et legs, région Ile-de-France et fondations – notamment la Fondation de France pour les bourses de recherche, et depuis peu la Fondation Total. Cela fait deux ou trois ans que nous tâchons de diversifier autant que possible nos sources de financement. Ces apports nous ont permis d'amortir un peu le défaut de financement que nous avons subi.

**Pourquoi, en ce cas, y a-t-il actuellement des questionnements vis-à-vis du budget de la recherche ?**

**J-F. D. :** Pour plusieurs raisons. D'une part, notre principal financeur, le ministère de la Recherche, nous finance à budget assez constant depuis quatre ou cinq ans – époque à laquelle ce budget avait été réévalué pour tenir compte du fait que l'Agence allait coordonner la recherche sur les hépatites virales. Or un budget constant ne permet pas de



© Cyrille Dupont/ANRS

tenir compte de l'inflation... Par ailleurs, nous avons été soumis pour la première fois en 2008, comme beaucoup d'autres organismes de recherche, à une "réserve budgétaire". Concrètement, cela signifie que le ministère de la Recherche nous a annoncé en novembre 2007 que 6% de notre budget 2008 serait gelé et que nous ne pourrions savoir qu'en novembre 2008 si cet argent pourrait ou non être débloqué. Pour l'heure, j'attends de savoir ce qu'il en est, mais crise oblige, je ne me fais pas trop d'illusions... Il est en outre très vraisemblable que le budget accordé par le ministère de la Recherche en 2009 soit identique à celui de cette année et qu'une réserve budgétaire nous soit à nouveau imposée. Ce ...

... sont autant d'incertitudes et de baisses probables de nos moyens. Autre élément nouveau en 2008 : la réforme des bourses de troisième cycle. Elles ont été transformées en CDD, ce qui permet aux étudiants de bénéficier d'une meilleure couverture sociale. Mais cela représente un coût non négligeable pour l'ANRS, dont l'un des objectifs est de financer ces bourses. Ça a représenté un surplus d'1,5 à 2 millions d'euros, qu'il a fallu assumer sur notre budget propre et qui, naturellement, sera reconduit l'an prochain. Enfin et surtout, le positionnement du ministère des Affaires étrangères nous cause beaucoup de souci. Il se trouve dans un processus très complexe de restructuration et cela perturbe l'attribution des budgets. Or ces sommes sont fondamentales, car elles sont destinées à la recherche dans les pays du Sud.

#### **Ce désengagement a-t-il eu des conséquences sur ce créneau de recherche ?**

**J-F. D. :** Le désengagement du ministère des Affaires étrangères a pris deux formes.

D'une part, nous n'avons reçu que la moitié des trois millions d'euros programmés pour 2008 et nous n'avons aucune garantie de recevoir quelque chose l'année prochaine. Il est toutefois évident, quand on sait que 28% du budget de l'ANRS concernent la recherche dans les pays du Sud, que l'apport du ministère des Affaires étrangères – qu'il soit de 1,5 ou 3 millions d'euros – ne nous permet pas de couvrir cet engagement ! Cela veut dire que nous puissions largement dans le budget de nos autres financeurs, notamment dans celui du ministère de la Recherche, et que c'est autant en moins sur d'autres types de projets... D'autre part, nous recevions du ministère des postes d'assistants techniques destinés à des médecins et des chercheurs aidant à la construction de projets de recherche dans les pays du Sud. Or tous ces postes ont été gelés. Nous ne sommes pas le seul organisme de recherche concerné, mais nous en ressentons d'autant plus fortement les effets que nous sommes peu nombreux à l'Agence. Cela signifie que nous ne pouvons plus, depuis juillet 2008, remplacer les personnes qui occupaient ces postes.

Dès lors, nous nous interrogeons sur la politique du ministère des Affaires étrangères en matière de coopérations bilatérales. Au plan multilatéral, en effet, le ministère est fortement investi dans la lutte contre le VIH/Sida, puisqu'il participe au Fonds mondial à hauteur d'environ 300 millions d'euros. Mais ce sont des sommes sans aucune mesure avec les petits budgets qui sont réservés aux actions bilatérales comme les nôtres, alors que les deux types de collaborations sont nécessaires !

#### **Avez-vous dû renoncer à des projets de recherche ?**

**J-F. D. :** Il y a six ans, dans un contexte budgétaire

très difficile, nous avons été obligés de supprimer l'un de nos deux appels d'offres annuels. Cette année, nous avons choisi, malgré nos contraintes, de le maintenir, mais la conséquence financière a été une réduction du nombre de bourses allouées aux étudiants chercheurs, ce qui ne va pas sans poser question.

Pour résumer : la situation n'est pas catastrophique, nous continuons à faire face à beaucoup de projets de recherche, mais nous avons des moyens humains en moins et des questionnements sur la mise en route de nouveaux projets d'envergure dans le sud, du fait de l'amputation du budget ministériel.

#### **Des alternatives au financement du ministère des Affaires étrangères ont-elles été envisagées ?**

**J-F. D. :** Oui. Nous avons notamment développé un partenariat de financement avec l'EDCTP (European and developing countries clinical trials partnership), un fonds européen de coordination de la recherche. Ce fonds peut être mobilisé sur des projets montés au Sud – comme les essais thérapeutiques de l'ANRS – à condition qu'ils portent sur plusieurs pays au Sud et engagent au moins trois partenaires au Nord. Dans ce cas, si les pays du Nord investissent une somme donnée, l'EDCTP accepte d'engager deux fois cette somme. Ça fait un effet de levier ! Malgré cela, nous restons dans l'expectative pour certains projets d'envergure envisagés dans le sud.

#### **Et pour les programmes menés au Nord ?**

**J-F. D. :** Notre principale source d'inquiétude concerne le vaccin. Depuis les résultats de l'essai Step mené par le laboratoire Merck, il est très clair que toutes les équipes, à l'international, doivent avoir pour objectif d'approfondir leurs connaissances en recherche fondamentale et de développer de nouvelles stratégies vaccinales. Alors que les Etats-Unis avaient tout misé sur l'adénovirus [ndlr : le vaccin utilisé par Merck était basé sur une souche affaiblie du virus très commun du rhume, l'adénovirus 5, dans lequel avaient été insérées des portions de VIH], nous avons souhaité nous tourner vers la construction d'autres types de vaccins. Cette démarche coûte très cher, et nous l'avons financée sur le budget de l'agence. Mais pour rester dans la compétition internationale, au regard des moyens dont disposent les chercheurs américains, nous allons avoir besoin de sommes accrues si nous voulons mener à bien les essais. Or si l'on se base sur notre budget actuel, l'argent que nous pourrions consacrer au vaccin sur 2009-2011 ne sera clairement pas suffisant. ■

**Propos recueillis par Laetitia Darmon**