

Régionalisation : innovation en danger

Le paysage sanitaire français est en plein bouleversement avec l'installation depuis le 1^{er} avril des Agences régionales de santé. Cette phase de transition jette un voile opaque sur la reconduction des aides publiques à la lutte contre le VIH.

Malgré les assurances du ministère de la Santé, nombre d'associations enregistrent de fortes baisses de financements et les petites structures ne parviennent plus à se projeter au-delà de six mois. État des lieux.

« Naissance des ARS, mort de la lutte contre le sida » C'est avec ce slogan et en fermant symboliquement l'ensemble de ses lieux d'accueil que Aides a, le 7 avril dernier, alerté l'opinion sur la situation de ses associations : près de 70 000 euros de financements publics en moins par rapport à l'an passé et des petites structures confrontées à des baisses de subventions parfois supérieures à 50 %. Pourtant, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, avait promis en décembre que la réforme de l'organisation des soins n'entraînerait aucune réduction des crédits alloués au VIH.

À l'heure où les nouveaux directeurs prennent leurs fonctions à la tête des vingt-six Agences régionales de santé (ARS) et où les associations voient leurs interlocuteurs traditionnels des Drass et des Ddass changer de casquette, il faudrait être devin pour dire ce que sera le montant réel des aides publiques à la lutte contre le VIH pour l'année 2010. Quatre mois après les promesses de la ministre, plusieurs Groupements régionaux de santé publique (GRSP), au moment où ils se dissolvent dans les ARS, actent une réduction de l'enveloppe VIH au niveau national.

Réductions disparates. Sur le terrain, la réalité est brutale pour l'ensemble des associations. Depuis décembre, période de dépôt des demandes de subventions, nombre de programmes n'ont reçu aucune garantie de renouvellement. Pire, les premiers constats confirment des diminutions drastiques. « *Au départ, les GRSP annonçaient une reconduction des financements pour 2010, résume Olivier Denoue, directeur général délégué de Aides. Mais les premières remontées font état d'une baisse moyenne de 10 % à 15 % par rapport à 2009. Alors que l'Île-de-France semble préservée, les régions les plus touchées sont la région Paca, la Bretagne, l'Aquitaine, le Centre et la Guyane. Les bais-*

ses peuvent atteindre jusqu'à 50 %. On nous explique qu'il reste des marges de manœuvre, mais quand on part de si bas, on voit mal comment il serait possible de revenir à l'équilibre. » Dans le détail, les réductions sont très disparates. Pour le Finistère, 25 % des crédits manquaient à l'appel courant avril. Le chiffre était de 15 % à 20 % dans le Limousin et de près de 50 % en Gironde et dans les Landes. « *L'une des réponses fournies par le GRSP est qu'il y a une réduction de l'enveloppe au niveau national, explique Anthony Brouard, directeur départemental d'Aides-Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes. En Aquitaine, on nous dit aussi que les fonds de l'Assurance-maladie n'ont pas encore été versés au pot commun* [NDLR : enveloppe globale de financement du GRSP-Aquitaine]. *Nous n'avons aucune vision à long terme. En attendant un éventuel deuxième tour budgétaire, si l'on reste sur cette tendance, il y aura des choix à faire pour les plus petites structures.* »

Le cas Paca. La région Paca, la deuxième région la plus touchée par le VIH après l'Île-de-France, serait particulièrement menacée. Au GRSP-Paca, le « programme 14 » dédié à la prévention, au dépistage et au suivi du VIH/sida et des IST devrait passer d'une enveloppe globale de 3,7 millions d'euros en 2009 à 3,1 millions pour l'année en cours, selon un compte-rendu de décembre¹. Fin février, la réunion du comité des programmes faisait état d'une baisse des crédits liée à une diminution provisoire du versement de l'Assurance-maladie ainsi qu'à une « *recupération des excédents des GRSP, au niveau national, pour le financement des ARS* », susceptible de « *remettre en question le financement des actions innovantes* »². L'évocation d'un tel excédent, qui pourrait s'élever à 500 000 euros en ce qui concerne le GRSP-Paca, a fortement surpris les associations, auxquelles les financeurs publics font valoir leur faible marge de manœuvre. C'est en tout

cas l'un des arguments qui justifierait l'absence d'appel à projets associatifs pour 2010, au profit d'une simple reconduction des actions existantes, dites « durables ». Ces premières informations jettent le trouble au sein des associations de la région, dont les plus petites structures n'avaient encore aucune certitude fin avril sur le financement de leurs actions pour l'année en cours. « Nous avons déposé nos dossiers avant le 31 décembre. Cependant, entre temps, une évaluation du programme 14, l'un des programmes les plus "coûteux", a été demandée à un cabinet externe, explique Jean-Régis Ploton, directeur d'Autres Regards, une association de santé communautaire basée à Marseille. Nous ne sommes pas contre le principe d'une évaluation, mais la situation est paradoxale : nous avons dû déposer notre demande de subvention pour 2010 alors que l'évaluation est en cours et que ses conclusions conditionnent le financement futur ! » Conséquence : la structure, suspendue à cet audit, n'a pour le moment aucune notification officielle à fournir à sa banque. Au fil des années, les décisions de financements publics sont d'ailleurs de plus en plus tardives, alors que nombre d'associations y puisent la moitié de leurs ressources.

Contexte incertain. Certaines structures semblent néanmoins voir le bout du tunnel. Une association des Bouches-du-Rhône, le Tipi, qui promeut l'intégration des personnes séropositives et développe un programme séparé en direction des usagers de drogues, a ainsi été « pressentie » par le GRSP-Paca pour être reconnue en « action durable ». Au titre de la lutte contre le VIH, une subvention de 89 000 euros devrait lui être versée cette année. « Rien n'est confirmé pour l'heure, tempère Éric Tripet, codirecteur de l'association. Nous sommes dans un contexte très incertain. Au départ, on nous a expliqué qu'il n'était pas nécessaire de déposer un dossier de demande de financement puisque nous étions retenus en "action durable". Ensuite, on nous a dit d'en déposer un. Puis on nous a précisé qu'il fallait faire un simple copier-coller de la demande de l'an passé, sans tenter d'innover. Les années précédentes, il y avait des complexités administratives, mais pas tout ce stress. » Le Tipi, dont la moitié des financements proviennent du GRSP, emploie dix salariés dont trois et demi pour la lutte contre le VIH. « Nous ne menons pas d'action luxueuse, estime son codirecteur. Nous ne pouvons pas faire d'économies. Si, par exemple, nous réduisons le nombre de nos prestataires qui organisent les cours de yoga ou encore de taï chi, nous remettons en cause notre existence même qui consiste à travailler sur l'amélioration de la qualité de vie. Par ailleurs, 70 % des 224 personnes que compte notre file active sont dans une

situation de précarité. Il n'est pas possible de séparer le sanitaire du social. »

Tendance à la rationalisation. Plusieurs promoteurs d'actions de santé pointent une tendance, sous-jacente à l'installation des ARS, à la « rentabilisation des financements alloués aux associations » au détriment des petites associations, souvent engagées dans l'action communautaire, et au profit d'une concentration des aides. « La tendance actuelle risque de mettre en difficulté l'action communautaire, confirme Jean-Régis Ploton. Elle risque de gommer les spécificités de certains programmes. »

L'installation des ARS coïncide avec cette volonté de réaliser des économies d'échelle et de mieux contrôler les dépenses. Dans son étude de juillet 2009, présentée en février par la commission des Affaires sociales du Sénat, la Cour des comptes avait pointé une « forte dispersion des subventions versées par les GRSP »³. Ainsi, 13 % des actions soutenues par les GRSP portent sur un montant égal ou supérieur à 50 000 euros, contre 42 % sur un montant situé entre 1 000 et 10 000 euros. La commission du Sénat recommande à ce titre « que les subventions accordées puissent faire l'objet d'un suivi et que leur efficacité soit évaluée ». La Cour des comptes préconise même, avec la mise en place des ARS, de « limiter la dispersion de ces subventions pour renforcer leur efficacité ». Cette volonté de rationalisation serait peut-être mieux perçue si elle ne s'accompagnait pas d'une réduction continue des crédits dédiés à la lutte contre le sida. Selon la Direction générale de la santé, les dépenses des GRSP accordent une « priorité élevée quoique déclinante au VIH/sida ». En 2008, ils ont accordé 24,9 millions d'euros de subventions dans vingt-trois régions, contre 31,2 millions d'euros l'année précédente. Souvent, des crédits VIH ont été réorientés vers d'autres pathologies. Certaines régions s'engagent toutefois à garantir la stabilité. L'ARS Languedoc-Roussillon indique par exemple que les fonds dédiés à la lutte contre le VIH/sida sont « sanctuarisés » pour l'année 2010, malgré une réduction de l'ordre de 3 % de l'enveloppe nationale. Sur l'ensemble du territoire, compte tenu de l'étalement dans le temps des décisions budgétaires, il faudra sans doute attendre le dernier trimestre 2010 pour connaître l'évolution réelle des subventions allouées à la lutte contre le VIH.

¹ Conseil d'administration du GRSP-Paca du 15 décembre 2009 : www.grsp-paca.sante.fr/instances/cr-20091215.pdf

² GRSP-Paca, compte-rendu de la réunion du comité des programmes, 26 février 2010.

³ Rapport d'information de la commission des Affaires sociales du Sénat sur l'étude de la Cour des comptes relative à la politique de lutte contre le VIH/sida, février 2010.

Que sont les ARS ?

Officiellement créées le 1^{er} avril par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, les Agences régionales de santé (ARS) constituent une réforme majeure de la politique de santé. Elles se substituent aux Groupements régionaux de santé publique (GRSP) créés en 2004, qui rassemblaient les Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), les organismes d'Assurance-maladie, l'Inpes, l'InVS, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) chargée de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire et des collectivités locales qui le souhaitaient. Les GRSP étaient placés sous la houlette du préfet de région, chargé de la mise en œuvre régionale des plans nationaux à travers un plan régional de santé publique (PRSP). Les ARS absorbent les ARH, les Missions régionales de santé, une partie des Ddass et des Drass, ainsi que des Caisses régionales d'assurance-maladie. Leur rôle est de rassembler dans chaque région l'ensemble des acteurs du système de santé pour un pilotage plus cohérent. Elles sont chargées de la conduite des politiques de prévention, de l'organisation de la permanence des soins pour la médecine de ville et l'hôpital, de la répartition des

professionnels de santé, du maillage de l'offre de soins, de la coopération entre professionnels et établissements de santé, et de la gestion du risque. Elles seront les interlocutrices uniques des associations sur le terrain, avec des délégations dans chaque département.

Ces entités juridiquement autonomes, qui emploieront à terme 9 500 personnes, dont plus de 7 000 fonctionnaires, sont principalement financées par l'État et l'Assurance-maladie. La loi de finances 2010 est partie sur un rythme de financement de plus de 500 millions d'euros pour l'année. Les ARS vont absorber la quasi-totalité des dépenses de santé, à partir de financements similaires aux anciens GRSP. Parmi les missions qui leur sont assignées, les ARS doivent assurer « une meilleure efficacité des dépenses de santé, notamment grâce à des politiques de prévention mieux ciblées, à une offre de soins mieux répartie » ou encore une « meilleure gestion des établissements de santé et médico-sociaux ». Elles devront élaborer, d'ici au second semestre 2011, leur premier projet régional de santé (PRS) pour l'ensemble des territoires.

L'offre de soins sous contrôle

Les attributions dévolues aux nouveaux directeurs des ARS en font de véritables « préfets sanitaires ». Nommés en Conseil des ministres, recrutés dans la haute fonction publique, le milieu médical et le secteur privé, la loi HPST leur confère le pouvoir de créer par arrêté des « communautés hospitalières de territoire », des groupements de coopération sanitaire ou d'intérêt public ou de susciter la création de nouveaux établissements publics de santé par fusion des établissements concernés. Selon les opposants à la loi, les « communautés hospitalières de territoire » pourraient permettre au secteur privé de prendre le contrôle d'un territoire, sans assurance sur l'éventuel désengagement ultérieur d'un établissement privé

lorsqu'une activité serait jugée peu rentable. Une situation qui serait également susceptible de créer de véritables déséquilibres entre les régions, chaque directeur œuvrant pour sa paroisse, et le poids des ARS variant considérablement, en termes d'effectifs et de moyens, d'un territoire à l'autre. Le directeur de l'ARS a également la main sur la gestion comptable des hôpitaux publics. Il peut réclamer une opération de restructuration ou demander à l'établissement concerné de présenter un plan de redressement, lorsqu'il estimera que sa situation financière l'exige et, le cas échéant, le placer sous administration provisoire. Nombre d'établissements publics sont dans une situation de déficit chronique.