

# La santé publique se refait une santé

La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique investit les régions d'un rôle majeur dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé publique. De nouveaux concepts apparaissent : conférences régionales de santé (CRS), plans régionaux de santé publique (PRSP), groupements régionaux de santé publique (GRSP)... C'est grave, docteur ?

La région fait son entrée en santé publique depuis une vingtaine d'années. En 1994, trois régions se portent volontaires pour expérimenter des projets régionaux de santé, bientôt suivies par huit autres. Cette phase préliminaire aboutit aux ordonnances de 1996, qui légitiment la pertinence du niveau régional en matière de santé publique. Le mouvement s'accélère alors : instauration, en 1997, des conférences régionales de santé et de programmes régionaux de santé sur des thèmes spécifiques ; naissance en 1998 des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) destinés aux plus démunis ; schémas régionaux d'éducation à la santé (SRES) en 2001... La loi du 9 août 2004 achève de donner ses lettres de noblesse à l'échelon régional.

## La loi du 9 août 2004

La loi du 9 août 2004 affirme la responsabilité de l'État en matière de santé publique : c'est lui qui définit les objectifs de santé publique, ainsi que les principaux plans d'actions à mettre en œuvre

pour les atteindre. C'est à lui que revient également l'évaluation de cette politique. Cette loi précise, pour ce faire, 100 objectifs de santé publique, clairement quantifiés, qui ont une valeur d'engagement. L'objectif n° 36, le seul dédié au VIH/sida, vise ainsi la réduction de l'incidence des cas de sida à 2,4 cas pour 100 000 habitants en 2008. La loi prévoit également cinq plans stratégiques pluriannuels (2004-2008) :

- > plan national de lutte contre le cancer ;
- > plan national pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives ;
- > plan national pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement ;
- > plan national pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- > plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

C'est à partir de ce cadre que s'élaborent les politiques régionales de santé.

## Plan régional de santé publique

La loi du 9 août confirme la pertinence de l'échelon régional pour mener à bien la politique nationale de santé publique. Chaque région est ainsi chargée de construire son « plan régional de santé publique » (PRSP), qui définit des objectifs et des priorités de santé publique. Le PRSP est décrit par la loi comme un « ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région ». Il doit à la fois concourir à la réalisation des objectifs nationaux de santé publique mentionnés dans la loi et

tenir compte des spécificités régionales en matière de santé. Il doit organiser la cohérence entre les différentes actions menées sur la région. Avant de poser les grandes lignes du PRSP, les régions procèdent à un bilan des programmes et des plans existants, ainsi qu'à un diagnostic régional des ressources et de l'état de santé de leur population (« diagnostic partagé »). Les orientations du PRSP doivent ensuite faire l'objet d'une large concertation d'acteurs au sein de la Conférence régionale de santé (CRS), avant d'être arrêtées par le Préfet.

### Conférence régionale de santé

La Conférence régionale de santé (CRS) est un lieu de réflexion collégiale sur le diagnostic partagé, les objectifs à poursuivre et les actions à mettre en œuvre au niveau régional. La CRS peut organiser des débats publics dans le cadre de ces différents travaux. Elle contribue donc à déterminer le PRSP, mais elle sera aussi chargée l'évaluer. Elle se compose d'un grand nombre d'acteurs concernés par la santé et nommés par arrêté du Préfet de région : représentants des collectivités territoriales, organismes d'assurance-maladie, représentants de malades et usagers du système de santé, professionnels des

champs sanitaire et social, institutions et établissements sanitaires et sociaux, Observatoire régional de la santé (ORS), représentants du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, représentants des comités régionaux d'éducation à la santé et personnes qualifiées.

### Groupement régional de santé publique

Une fois le PRSP arrêté, c'est le Groupement régional de santé publique (GRSP) qui décide des modalités de sa mise en œuvre. Le GRSP est un groupement d'intérêt public, qui rassemble principalement des représentants de l'Etat, de l'assurance-maladie et de l'ARH, des représentants des collectivités territoriales qui le souhaitent et des personnalités qualifiées. C'est lui qui détient les cordons de la bourse ! Le GRSP décide donc des projets éligibles à un financement, répartit les crédits, précise la nature et l'échéancier des actions envisagées. Il définit les modalités de suivi et d'évaluation des actions dont il décide et doit également prévoir les moyens nécessaires à ce suivi et à cette évaluation. ■

Laetitia Darmon

## Comment le VIH apparaît-il dans les plans régionaux de santé publique ?

- ☐ Les objectifs englobent une approche large : prévention, dépistage, prise en charge des PVVIH, lutte contre les discriminations.
- ▒ Les objectifs sont exprimés en termes de prévention, de réduction de l'incidence du VIH.
- Le terme VIH n'apparaît pas explicitement.
- Le plan n'est pas encore arrêté ou validé par le préfet.
- Ⓛ Guyane : tentative de suppression du VIH, avant réintégration par le préfet.
- Ⓛ Centre : approche populationnelle : uniquement les populations immigrées.
- Ⓛ Région ou département cité comme prioritaire dans le Plan national de lutte contre le sida 2005-2009.



Corse



Guyane Ⓛ Ⓛ



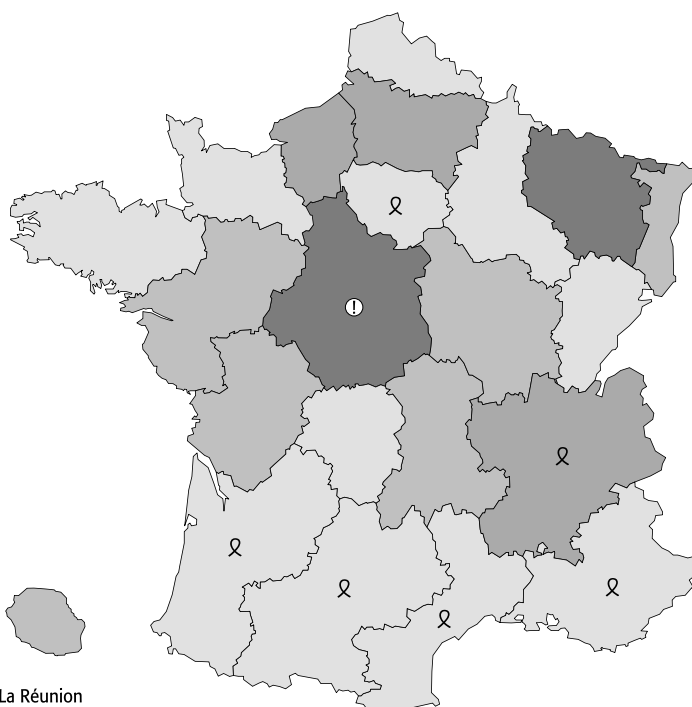
Guadeloupe Ⓛ



Martinique Ⓛ



La Réunion





# D'une logique régionale à l'autre

Les plans régionaux de santé publique sont en grande majorité achevés et validés par les préfets. Certains n'évoquent pas le VIH. D'autres prennent simplement en compte l'angle de la prévention. Ailleurs, des plans se saisissent avec vigueur de toutes les dimensions de la lutte contre l'infection. Les raisonnements qui ont conduit à ces choix varient d'une région à l'autre et la notion de « région prioritaire pour le VIH/sida » n'a pas toujours suffi à faire apparaître une ligne VIH. Explications.

**N**ous avons organisé en Champagne-Ardenne des conférences départementales pour effectuer un état des lieux de notre situation sanitaire et réfléchir aux orientations du plan régional de santé publique (PRSP). Le thème du VIH/sida ayant été pointé de façon récurrente, nous l'avons inscrit dans le PRSP », raconte le Docteur Frédérique Albert. Ce médecin référent VIH à la Drass Champagne-Ardenne a ensuite mis en place un groupe technique régional, composé de représentants d'usagers et d'institutionnels. « Il y avait 40 personnes au départ, mais une quinzaine d'entre elles a vraiment travaillé régulièrement. Nous nous sommes réunis six ou sept fois pour définir les objectifs généraux VIH, les objectifs prioritaires et faire des fiches action. Puis, nous avons défini nos critères d'évaluation. » Résultat : l'un des huit volets prioritaires du PRSP de Champagne-Ardenne se consacre au VIH, IST et hépatites et décline la thématique dans l'essentiel de ses aspects : objectifs de prévention, de dépistage, de réduction de l'incidence et de la prévalence de ces infections, d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes et de lutte contre les discriminations.

## Ne pas attendre la crise

Quelques régions définies comme non prioritaires par le Programme national de lutte contre le sida 2005-2008 se sont ainsi dotées d'une approche vaste de la thématique VIH. Parfois devant une urgence : « Pour 2005, les Centres de dépistage anonyme et gratuit semblent être déjà en mesure d'annoncer une nette augmentation du nombre des nouvelles découvertes », lit-on dans le PRSP Champagne Ardenne. Parfois, par simple souci de continuer à être présent dans le champ du VIH. « Quand on interroge nos partenaires, ils ne considèrent jamais le VIH/sida

comme prioritaire. Mais nous nous sommes dit que si nous ne l'inscrivions pas dans le PRSP, il finirait par le devenir », souligne le Docteur Marie-Jeanne Choulot, médecin inspecteur de santé publique (MISP) en Franche-Comté. Elle ajoute qu'il a fallu pour cela beaucoup discuter et négocier avec la Direction de la Drass, qui souhaitait voir le PRSP ne mettre l'accent que sur les objectifs prioritaires de la région. La solution retenue est intéressante : le plan de Franche-Comté articule des « objectifs prioritaires » et des « programmes de travail complémentaires ». Les points qui concernent le VIH appartiennent généralement à cette seconde catégorie d'axes de travail. « Cela nous a permis et nous permettra de continuer à distribuer sans mal les crédits aujourd'hui consacrés au VIH », conclut le D<sup>r</sup> Choulot.

## Sous le PRSP, des sous

Si le VIH n'est pas inscrit dans le PRSP, il risque de ne pas être financé. C'est pourquoi beaucoup de MISP ont cherché à y inclure au moins la prévention (un certain nombre de régions n'ont pas prévu de volet prise en charge). « Le PRSP n'est pas un programme, c'est un plan. Nous avons donc été vigilants à ne rien exclure, même si les programmes seront ensuite affinés, pour éviter de nous retrouver ensuite coincés, faute de financement. Les rédacteurs ont été sensibles au fait qu'il fallait y consigner la prévention VIH pour cette raison », explique le D<sup>r</sup> Claude Robin, MISP en charge du VIH/sida à la Drass Bourgogne. Une démarche que revendique aussi Jacques Audry, coordinateur du pôle santé publique de la Drass Limousin : « Notre PRSP, comme beaucoup, est un PRSP "catalogue". Pour faire participer le maximum de partenaires et répondre à toutes les attentes, nous n'avons pas trouvé les moyens de sélectionner de priorités. Ce sera au Groupement régional de santé

publique (GRSP) de prioriser les financements. Mais pourquoi faire des coupes sombres avant ? ».

## VIH, où es-tu ?

« Le PRSP se doit d'être fédérateur, sans devenir un fourre-tout inopérant », pouvait-on lire au contraire dans le document préparatoire à la Conférence régionale de santé (CRS) en Rhône-Alpes, intitulé « Quatre scénarios pour la prévention ». Parmi les régions prioritaires pour le VIH/sida, Rhône-Alpes est la seule (avec la Guyane, mais la situation est très différente, voir ci-contre) à ne pas faire apparaître explicitement le VIH/sida dans son PRSP, malgré l'insistance des associations locales. « La région a choisi de ne pas faire une entrée par pathologies, sauf pour le cancer », explique Stéphane Simonpiétri, directeur régional de la délégation Aides Rhône-Alpes Méditerranée. « Elle a raisonné sur la base d'indicateurs de mortalité, avec lesquels nous ne sommes pas d'accord : on meurt certes moins du sida que du cancer en Rhône-Alpes, mais est-ce une raison pour ne pas faire du VIH une priorité ? La Drass nous a répondu que ce n'était pas le choix d'organisation retenu par la région. » Le PRSP s'articule autour d'un objectif général de réduction des inégalités de santé, dans une région où les habitants sont décrits comme étant plutôt en meilleure santé que la moyenne nationale, mais avec de grandes disparités géographiques et sociologiques. ➤ ➤ ➤

## La priorité guyanaise

Alors que la Guyane est le département français le plus touché par le VIH/sida, le Bureau de la Conférence régionale de santé de Guyane réunie en juin dernier a décidé d'exclure du PRSP le VIH/sida, les conduites addictives et la santé des populations amérindiennes du Haut-Maroni et du Haut-Oyapock. Ces problématiques avaient pourtant été consignées dans le document établi par les services de l'État, et remis à la CRS comme base de concertation. « Cette suppression a été justifiée par le Bureau du fait que ces questions pourront être traitées de façon transversale et éventuellement, dans une logique territoriale, par les autres axes retenus que sont, par exemple, la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires, la santé mentale ou encore l'éducation et la prévention à la santé notamment chez les jeunes », peut-on lire dans un communiqué de presse où plusieurs associations demandent au Préfet d'intervenir pour renverser cette décision. Pierre Sissaoui, président de l'association Entraides Guyane, avance une explication politique : « Il existe en Guyane un fort courant autonomiste et indépendantiste. Cette prise de position du Bureau est un moyen de se différencier par rapport aux choix de l'État français, sachant que ce dernier reprend à sa charge des compétences en matière de santé, avec la loi d'août 2004 ». Pierre Sissaoui ajoute que les modalités de travail n'ont pas été démocratiques, beaucoup d'associations n'ayant pas pu participer à la CRS et le texte préparatoire à la CRS ayant été envoyé à peine quelques jours avant celle-ci ! C'est finalement sur l'ordre du ministère de la santé que le préfet de Guyane a imposé, fin juillet dernier, de réintégrer le VIH/sida dans le PRSP. ■

Témoignage

## « Rechercher la cohérence »

**Témoignage du Dr Christine Barbier, Médecin inspecteur de santé publique à la Drass Ile-de-France, en charge du sida et des hépatites.**

« En Ile-de-France, nous avons cherché à utiliser tous les cadres dans lesquels nous pouvions intégrer le VIH. Bien sûr, nous l'avons inscrit dans le plan régional de santé publique (PRSP). Suite au diagnostic partagé, il a été demandé à chacun des 12 chefs de projets de la Drass de proposer deux ou trois objectifs dans le plan. Pour ma part, j'en ai formulé trois : renforcer l'éducation à la sexualité chez les jeunes, diminuer les nouvelles contaminations parmi les populations prioritaires et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes, notamment par une bonne observance. Le chef de projet "addictions" a introduit de son côté des objectifs de réduction des risques auprès des usagers de drogue, qui comportent un volet sida. Par ailleurs, dès que cela s'y prêtait, nous avons articulé nos thématiques avec le Programme régional d'accès à la prévention

et aux soins (PRAPS), de manière à créer le plus de cohérence possible entre ces deux approches. C'est dans le même état d'esprit que j'ai introduit le VIH dans le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Par exemple, les actions pour inciter les personnes à la connaissance de leur statut sérologique nécessitent des postes de médiateurs en santé publique et le renforcement de certaines CDAG dans les structures sanitaires. Puisque l'objectif d'améliorer l'accès au dépistage est indiqué dans le SROS, les hôpitaux pourront négocier sur cette base leurs contrats d'objectifs et de moyens. De manière générale, l'inscription du VIH dans ces différents plans est importante à la fois sur un plan symbolique et sur un plan pratique, puisque cela ouvre des possibilités de financement. » ■

Propos recueillis par L. D.



Le message  
est clair :  
les associations et  
réseaux VIH  
ne risquent pas  
de voir leurs crédits  
augmenter...



Photo : Stockphoto.

» » » « Le PRSP couvrira donc les problèmes de VIH, mais en ciblant les populations les plus touchées territorialement et socialement. Ce raisonnement est d'ailleurs valable pour toutes les pathologies », signale le D<sup>r</sup> Vincent Marsala, MISP à la Drass Rhône-Alpes, avant de poursuivre : « Nous prônons un affichage clair de notre volonté de rééquilibrage des crédits en faveur des personnes moins touchées par la prévention ».

« Il va falloir bouger »

Rééquilibrer, réorganiser, casser l'habitude des associations d'avoir des enveloppes dédiées... Les propos reviennent sous une forme ou une autre, chez cer-

tains MISP, qui se rendent compte depuis les premières déconcentrations des crédits de l'État aux régions, et a fortiori avec les PRSP, qu'elles vont devoir opérer des choix dans les crédits de santé publique. « Les Drass nous renvoient l'idée que la reventilation des crédits sida vers d'autres pathologies va résulter d'un processus démocratique, qu'il n'y a pas que le sida qui compte et que d'autres pathologies tuent davantage », poursuit Stéphane Simonpiétri. Dans le Centre, le sida a ainsi été écarté du PRSP, jugé faible en termes d'impact, sauf chez les populations originaires d'Afrique subsaharienne. Comme la région dispose d'un Programme régional pour l'intégration des populations immigrées (PRIPI), il est prévu que le PRSP s'articule au volet santé de ce plan. « Cela ne veut pas dire qu'on ne va rien financer par ailleurs », modère le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, Pierre-Marie Détour. « Nous allons réformer progressivement. Il y a un travail à faire de notre part au sein de la région pour trouver des co-financements pour la lutte contre le sida, mais aussi des efforts à faire du côté des associations pour apprendre à mutualiser leurs compétences et leurs actions. Le paysage est trop balkanisé aujourd'hui. » Le message est clair : les associations et réseaux VIH ne risquent pas de voir leurs crédits augmenter... La mutualisation entre associations, dont personne ne conteste l'intérêt et qui peine à se réaliser aujourd'hui, va-t-elle s'opérer sous la contrainte, parce que le manque de crédits ne permettra pas de faire autrement ? C'est possible, à condition qu'il reste – en l'absence du VIH dans certains PRSP – des associations à mutualiser. ■

## Quelle concertation ?

« En PACA, nous n'avons pas directement été associés au montage du PRSP. En revanche, la Drass nous a sollicités pour être membres de la Conférence régionale de santé (CRS), dans le collège des représentants des usagers », relate Stéphane Simonpiétri, directeur régional de la délégation Aides Rhône-Alpes Méditerranée. Les modalités de la concertation – que la loi du 9 août 2004 définit comme l'un des principes de la politique de santé publique – ont été très diverses d'une région à l'autre, des forums Internet aux groupes techniques régionaux VIH, en passant par les entretiens avec les associations d'usagers, les groupes de travail départementaux ou l'implication dans la CRS... « En Ile-de-France, nous avons la chance d'avoir des interlocuteurs expérimentés, qui savent ce que peuvent leur apporter les associations, en termes de gain de temps et d'expertise pour construire des politiques adaptées. Mais ce n'est pas le cas partout. Cela dépend vraiment des personnes en place dans les Drass », résume le président d'Act up-Paris, Emmanuel Château. ■

Laetitia Darmon

**A**vant, chaque département menait ses actions dans son coin. Le plan régional de santé publique apporte davantage de cohérence et de lisibilité à la thématique VIH », estime le D<sup>r</sup> Christine Barbier, médecin inspecteur de santé publique (MISP) à la Drass Ile-de-France. Consacrée par la loi du 9 août 2004 comme l'échelon optimal pour piloter la santé publique, la région est chargée de mettre en œuvre les objectifs nationaux de santé publique tout en s'adaptant aux problématiques régionales de santé. Pas question toutefois, pour le D<sup>r</sup> Hélène Lansade, MISP à la Drass de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), d'y voir l'affirmation de la toute puissance de la région : « Il s'agit simplement d'un pilotage régional. En PACA, nous avons à cœur de poursuivre un travail en étroite collaboration avec les Ddass, qui ont l'immense avantage d'être beaucoup plus au contact de la population que la Drass ».

### Plus de synergie

D'avantage de cohérence entre les actions financées, une meilleure adéquation des financements par rapport aux besoins locaux en sont donc attendus, entre autres bénéfiques. Mis ensemble autour de la table, les financeurs devraient acquérir une culture commune. Ou la renforcer. « Depuis plusieurs années, la Drass et l'Urcam se réunissent pour créer de bonnes synergies entre les crédits d'assurance-maladie et ceux de l'Etat. La régionalisation va nous pousser à aller encore plus loin dans cette coopération », estime le D<sup>r</sup> Vincent Marsala, MISP à la Drass Rhône-Alpes. « Pour 2007, nous travaillons à mettre en place des appels d'offres communs à tous les programmes du PRSP. Nous voulons harmoniser nos outils aux différentes étapes des projets : dépôts de dossier, fiches de liaison entre l'échelon départemental et régional, suivi, évaluation... », renchérit le D<sup>r</sup> Hélène Lansade. Elle voit aussi dans la régionalisation l'occasion de nouvelles possibilités de financements : « En rapprochant différents financeurs, la régionalisation va permettre de multiplier les cofinancements. Déjà en 2006 un appel à projet commun avec la Ville de Marseille a permis de co-financer des actions VIH. De même, sur la prévention en direction des personnes détenues, le travail avec l'administration pénitentiaire, qui dispose de crédits spécifiques, sera renforcé par sa participation au sein du Groupement régional de santé publique (GRSP) ».

# Vers la fin du particularisme sida ?

**La régionalisation doit permettre une meilleure adaptation des financements aux problématiques de santé. Mais il n'est pas dit que cela se fasse à l'avantage du VIH/sida. Les associations exposent leurs craintes de voir les financements sida réduits et noyés dans le pot commun de la santé publique. Et le plan national de lutte contre le sida perdre son sens.**

### Baisses de crédits

Cet optimisme à propos des financements VIH n'est pas partagé par les associations. « Très souvent, la régionalisation s'est traduite par des baisses de crédits. Dans la période actuelle d'économies budgétaires au niveau de l'Etat et des collectivités, on ne voit pas pourquoi il en serait autrement pour la santé », estime Bertrand Audoin, directeur général du Sidaction. Sans compter que la régionalisation des politiques de santé a pour conséquence de supprimer la ligne spécifique de financement dont bénéficiait auparavant le VIH/sida. Chaque GRSP gère en effet une enveloppe globale, à répartir entre les différentes actions de santé publique qu'il décide de financer. En l'absence de crédits fléchés, le VIH risque donc d'être mis en concurrence avec les autres programmes. « Il n'est pas évident que les enveloppes sida soient sanctuarisées comme elles l'étaient. Le fonctionnement par enveloppes globales menace le maintien des crédits », analyse le co-président d'Act up-Paris, Emmanuel Château. Les associations de lutte contre le sida évoquent unanimement cette crainte que les crédits sida se retrouvent « noyés » dans le pot commun de la santé publique, sans qu'il y ait moyen de vérifier que les sommes allouées au VIH n'aient pas baissé. « Tout ce qu'on peut faire, c'est tâcher de maintenir le VIH à la place la plus haute possible dans le PRSP. Ensuite, c'est le GRSP qui arbitre. L'inscription du VIH au PRSP ne garantit rien », renchérit Michaël Goetz, directeur de la délégation régionale Aides Sud-Ouest. La mise en question des financements a d'ailleurs commencé avant l'instauration des PRSP et GRSP, avec la déconcentration des crédits sida vers les régions. Il a par exemple





fallu cette année alerter la DGS pour éviter la baisse des crédits en Rhône-Alpes. « *Le risque, avec le PRSP, c'est que ça se reproduise dans toutes les régions. Or il va être difficile de manifester à chaque fois* », anticipe Bertrand Audoin.

### Confusion

Cette incertitude sur les crédits met en question le sens du plan national de lutte contre le sida (PNLS). Quelle est sa valeur, si le VIH n'entre pas nécessairement dans les PRSP et si les financements sida sont mis en question ? Comment articuler le PNLS et les programmations régionales ? « *Rhône-Alpes est citée prioritaire dans le PNLS, mais le VIH n'apparaît pas dans le PRSP. Lorsque nous l'avons fait remarquer, la Drass a répondu qu'il ne servait à rien de donner du pouvoir aux régions s'il fallait intégrer les plans nationaux dans la programmation régionale* », déplore Stéphane Simonpiétri, directeur régional de la délégation Aides Rhône-Alpes Méditerranée. Le PNLS n'a en effet pas de valeur juridique. Il entre donc en concurrence avec les autres plans nationaux, notamment avec ceux qui sont inscrits dans la loi de santé publique et qui prennent, de fait, davantage de poids. En outre, la multiplication des plans et orientations crée de la confusion. « *A la sortie du rapport Yéni, en juillet dernier, le ministre de la Santé a décrit le document comme la "nouvelle feuille de route" pour le VIH/sida. Mais le PNLS n'est-il pas déjà censé être une feuille de route ? Comment faire pour en suivre plusieurs à la fois ? Tout donne à craindre que, dans cette confusion, le PNLS passe à la trappe* », estime Bertrand Audoin. La loi du 9 août elle-même ne contribue-t-elle pas à cette mise à l'écart du VIH en n'énonçant qu'un seul objectif relatif à cette thématique : la réduction de l'incidence des cas de sida ? « *On doit malheureusement s'attendre à des distorsions et atténuations du PNLS en région. La régionalisation, si elle peut être une chance de rendre plus pertinentes les actions au niveau régional, ne doit pourtant pas dédouaner l'Etat de faire appliquer sa politique nationale de lutte contre le sida à hauteur des besoins actuels* », conclut Emmanuel Château.

### Evaluation

Mais pourra-t-on avoir une visibilité des crédits accordés au VIH et des politiques menées au plan régional ? Comment évaluer le PNLS dans un contexte d'éclatement des actions ? La volonté d'évaluer est l'une des grandes nouveautés de la loi du 9 août. « *C'est une avancée positive, car l'évaluation est le point faible de toutes les politiques de santé en France* », se réjouit Bertrand Audoin, avant d'ajouter que l'application sera sans doute différente selon les régions : « *Il faudra que les responsables s'en donnent les moyens* ». Il est certes prévu que la CRS suive et évalue le PRSP. Les Drass ont élaboré ou sont en train d'élaborer des indicateurs pour mesurer l'évolution de leurs politiques. Mais la Drass disposera-t-elle des outils permettant la centralisation des informations relatives au financement des actions menées et à leurs résultats ? Les indicateurs seront-ils suffisamment riches pour évaluer la qualité des actions ? Les questions restent pour le moment en suspens. « *Nous avons demandé, au moment de l'élaboration du dernier plan national de lutte contre le sida, qu'un comité de pilotage soit mis en place par le ministère de la Santé au niveau national. Il vient de naître, mais il nous faut les outils nécessaires à une remontée des informations, notamment sur le suivi budgétaire. Or la Direction générale de la santé nous répond que ce n'est pas possible, faute pour l'heure de moyens informatiques adaptés dans les régions. Il va donc falloir que les associations s'organisent pour rendre possible cette remontée des données* », relate Emmanuel Château. A Sidaction, l'idée de créer une mission d'évaluation est en train de germer. « *On se dit qu'on est les seuls, par défaut, à avoir aujourd'hui les moyens d'accéder à une vision globale de la situation : on soutient 130 structures en France* », explique Bertrand Audoin. « *La mission permettrait de repérer qui finance quoi dans la lutte contre le sida, qui est censé financer quoi et quel est l'écart entre les deux.* » Et de rappeler si nécessaire l'Etat à son devoir. ■

La Drass disposera-t-elle des outils permettant la centralisation des informations relatives au financement des actions menées et à leurs résultats ?

# Le Corevih : l'autre instance de santé

**Tandis que les Groupements régionaux de santé publique (GRSP) finissent de se constituer, d'autres instances de santé publique se mettent en place : les Corevih – comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.**

**L**es Corevih, ces remplaçants des actuels Csih (centres d'information et de soins de l'immuno-déficience humaine), ont pour première mission de coordonner les actions territoriales – le plus souvent à l'échelle de la région – des acteurs de la lutte contre le sida impliqués dans la recherche, le soin, la prévention et le soutien aux malades à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital : représentants des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, représentants des professionnels de santé et de l'action sociale, représentants des malades et des usagers du système de santé. Ils participent aussi à l'amélioration de la prise en charge et procèdent à l'analyse des données médico-épidémiologiques. « *L'ensemble de ces trois missions place le Corevih comme un interlocuteur privilégié des ARH et des services déconcentrés, dans leur mission d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de lutte contre l'épidémie à VIH dans le territoire concerné* », souligne la circulaire qui leur est dédiée (1). Il y a dès lors lieu de se demander comment ces instances articuleront leur action avec celle des Conférences régionales de santé (CRS) et des GRSP, chargés des orientations de santé publique à l'échelle régionale et de leur mise en œuvre. La question émerge lentement.

## Chambre de réflexion

« *On peut imaginer que le Corevih devienne un lieu de réflexion qui pourra servir de base pour la réactualisation du volet VIH du PRSP* », avance Fabrice Pilorgé, chargé de la mission Corevih du Sidaction. S'il fonctionne bien, le Corevih permettra en effet d'élaborer une vision globale de la situation épidémiologique d'une région, des actions qui y sont conduites et de celles qui manquent. Des médecins inspecteurs de santé publique ont envisagé des voies pour que l'expertise du Corevih puisse bénéficier à l'élaboration du PRSP et au travail d'arbitrage du GRSP. « *Lors d'une réunion d'information et d'échanges sur le futur Corevih de Bourgogne, organisée en juin dernier avec les futurs membres et partenaires, le MISP adjoint de la Drass a suggéré que le GRSP ait pour correspondant*

*le Corevih. Celui-ci validerait les projets présentés par les différents partenaires, garantirait le fait que ces projets ne soient pas concurrents et que des thématiques ne soient pas laissées de côté* », rapporte le Dr Claude Robin, MISP en charge de la lutte contre le sida en Bourgogne. L'idée d'un rapprochement entre le groupe de travail VIH de la Drass, lorsqu'il existe, et le Corevih est également évoquée. « *De fait, la plupart des personnes du groupe technique que je dirige vont faire partie du Corevih. Il va donc falloir trouver des arrangements pour éviter de multiplier les réunions et de faire deux fois le même travail. Peut-être le groupe technique pourra-t-il travailler pour le compte du Corevih* », propose le Dr Frédérique Albert, médecin et référente VIH à la Drass Champagne Ardenne. Le Dr Hélène Lansade envisage la démarche inverse : « *Je pense qu'il faut que des membres des Corevih soient dans le comité de pilotage du PRSP : celui-ci pourra ainsi bénéficier de l'expertise régionale du Corevih* ».

## Contre-pouvoir

Quelle que soit la solution que les régions retiendront, il est d'ors et déjà encourageant que des MISP manifestent leur souci de tenir compte du Corevih. « *Même dans les régions où le VIH n'est pas considéré comme une priorité, les services déconcentrés et les ARH auront sans doute du mal à passer outre l'existence du Corevih dans l'élaboration des PRSP. Peut-être cela permettra-t-il au VIH d'être replacé sur un agenda d'où il aurait disparu* », se risque à espérer Fabrice Pilorgé. Du moins si les Corevih deviennent les instances de concertation et de suivi qu'ils sont censés devenir. Ils pourraient alors se révéler être un bel outil de contre-pouvoir : « *Le VIH sera la seule pathologie à bénéficier d'une véritable coordination d'acteurs, dotée d'une vraie légitimité puisqu'assise, comme le GRSP ou la CRS, sur un décret* », poursuit Fabrice Pilorgé. « *S'il doit y avoir rapport de force, pour que le VIH soit suffisamment considéré, ce sera donc d'instance de santé à instance de santé* ». ■

Laetitia Darmon

(1) Circulaire N°DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des Corevih. Chapitre 2.3.