



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion : **2006-2007**

Date du jury : **14 septembre 2007**

**Dépistage du VIH en station de ski
chez les travailleurs saisonniers :**

**intérêt d'un dispositif mobile
étude en Savoie**

Bruno Hiro COJAN

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - LA METHODE	9
1.1 Les données générales.....	9
1.2 La population étudiée	9
1.3 Le dépistage itinérant du VIH par l'antenne mobile.....	10
2 - LE CONTEXTE	13
2.1 La Savoie, ses stations de ski et les enjeux économiques.....	13
2.2 L'historique du dossier des saisonniers.....	15
2.3 Le contexte en terme de logement, de travail et de santé.....	16
2.3.1 Logement.....	17
2.3.2 Travail	17
2.3.3 Santé	19
2.4 La politique sanitaire	20
2.5 Le financement.....	20
2.6 Les ressources actuelles et leurs limites.....	21
2.6.1 La santé au travail.....	21
2.6.2 Les médecins libéraux	22
2.6.3 L'espace saisonnier	23
2.6.4 Le guide Touchouss.....	23
2.6.5 Les ressources en alcoologie.....	23
2.6.6 Les ressources en toxicomanie	24
2.6.7 Les ressources en santé mentale.....	24
2.7 Le partenariat	25
3 - LE DEPISTAGE DU VIH A L'ATTENTION DES SAISONNIERS	27
3.1 L'antenne mobile s'inscrit dans un cadre contextuel et réglementaire	27
3.1.1 Les 5 repères chronologiques	27
3.1.2 L'application des textes et règlements en Savoie.....	28
3.2 Les politiques de santé en faveur du VIH-Hépatites-IST	29
3.2.1 Le Plan national de lutte contre les hépatites 2002-2005	29
3.2.2 Le Programme national de lutte contre le VIH / SIDA et les IST 2005-2008 ...	29
3.2.3 Le Conseil National du SIDA.....	30
3.2.4 Le Programme Régional de Santé Publique.....	30

3.3	Les ressources pour la lutte contre le VIH-Hépatite.....	30
3.4	L'antenne mobile de la CDAG de Savoie.....	31
3.4.1	Les missions	31
3.4.2	Les moyens de fonctionnement.....	31
3.4.3	L'organisation de la saison de dépistage.....	32
3.4.4	Les modalités du dépistage.....	33
3.4.5	L'activité	34
3.4.6	Les résultats d'activité	35
3.4.7	Le suivi épidémiologique.....	36
3.4.8	Le financement.	36
4	- L'ANALYSE	37
4.1	Les résultats des entretiens.....	37
4.2	Les résultats du questionnaire	40
5	- LA DISCUSSION ET LES PRECONISATIONS.....	45
5.1	Les limites	45
5.1.1	Limites du questionnaire	45
5.1.2	Limites de l'étude	45
5.1.3	Limites de l'analyse.....	45
5.2	Ce dispositif répond-il à ses missions, en terme de santé publique ?	46
5.2.1	L'antenne mobile de la CDAG accueille-t-elle les saisonniers ?	46
5.2.2	La population accueillie utilise-t-elle la CDAG pour un motif en lien avec le VIH ?.....	46
5.2.3	L'antenne mobile permet-elle d'inclure le dépistage dans une stratégie de prévention?	46
5.2.4	L'antenne mobile dépiste-t-elle les séropositifs parmi les saisonniers pour les orienter vers la prise en charge ?	47
5.2.5	L'antenne mobile intègre-t-elle les nouvelles missions des CDAG ?	48
5.2.6	L'analyse du dispositif général	48
5.2.7	La prise en compte de l'évolution du contexte.....	49
5.3	Quelles sont les préconisations et les perspectives d'évolution souhaitables ?.....	50
5.3.1	Développer le partenariat.....	50
5.3.2	Développer les filières de prise en charge.....	51
5.3.3	Améliorer la connaissance	52
5.3.4	Améliorer la reconnaissance institutionnelle.....	52
	CONCLUSION	53
	SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	55
	LISTE DES ANNEXES	I

Remerciements

J'aimerais adresser mes remerciements les plus profonds à ma femme Faatini, et mes enfants Maui, Roihau, Teano, Anavai et Maea pour avoir supporté avec courage et silence les contraintes liées à mon absence loin du fenua. Ce mémoire est aussi le vôtre.

J'associe à ces remerciements mes parents, mes beaux-parents, ma famille, ma belle-famille, Maryvonne CHASTENET, Chantal et Eric COZANET, Repa et Jean SIMONNET, de nous avoir soutenus dans cette épreuve.

Je souhaiterais exprimer ma reconnaissance à mon maître de stage, le Dr Renée COUINEAU, qui m'a accompagné sur le long chemin de l'apprentissage du métier de MISP, avec professionnalisme et dévouement.

J'adresse un vif remerciement aux Dr Hélène et Henri DELOLME, Dadou et Gérard Roi, Pascal JARNO, Christine BARBIER, Sylvie FLOREANI, Bakari DIAKITE, Laurence CHANTOISEAU, Patricia MARTINIAULT, Marianne et Jonathan BEUFAY pour leurs conseils avisés, ainsi que Jean-François FRANCONI pour la carte de la Savoie.

Un grand merci à Jérôme NAVET de la Mutualité de Savoie, qui m'a permis de pénétrer dans les coulisses du dossier des travailleurs saisonniers, à Leslie MAURIN et à tous les partenaires rencontrés au niveau départemental, régional et national pour leur collaboration.

J'exprime ma gratitude à la sympathique équipe de l'hôpital de Chambéry: Dr Christiane BOUCHET, Corinne BERNATI, Micheline DALMAIS, Nicole BONNEAUD, Stéphanie CHAILLOU, les Dr Olivier ROGEAUX et Bruno de GOER, et M. PHILIBERT pour leur contribution, ainsi qu'aux travailleurs saisonniers et aux médecins de la CDAG qui ont bien voulu participer au questionnaire.

J'exprime ma reconnaissance aux directeurs, aux MISP et au personnel des DDASS de la Loire, DRASS de Rhône-Alpes, DDASS de Haute-Savoie et DDASS de Savoie, pour leur accueil et leur disponibilité, ainsi qu'à l'équipe de l'ENSP, le Dr François PETITJEAN, Véronique ZASTAWNY, Eric LEGRAND, les Dr Isabelle JAMET et Jacques RAIMONDEAU,

Enfin, un grand merci aux amis de Tahiti et de France, sans oublier les camarades de promotion pour leur soutien sympathique, toute l'équipe de la Direction de la santé et du ministère de la santé de Polynésie française, Françoise DROLLET et les Dr Geneviève de Clermont, Xavier MALATRE, Farhad ENTEZAM, et Dominique MARGHEM.

A tous, Maururu roa

Liste des sigles utilisés

AC : Anticorps

ADECOHD : **Association** pour le DÉveloppement ECOnomique de la Haute-Durance

ADESS : Association Départementale d'Education Sanitaire

ADESSI : Association Départementale d'Education Sanitaire de l'Isère

Ag : antigène

ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi

ASSEDIC : ASSociation pour l'Emploi Dans l'INDustrie et le Commerce

BOP SPP : Budget Opérationnel de Programme - Santé Publique et Prévention

CAREPS : Centre Alpin Recherche Epidémiologique Prévention Sanitaire

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire d'Alcoologie

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCI : Chambre de Commerce et de l'Industrie

CDAG : Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CH de Chambéry : Centre Hospitalier de Chambéry

CGT : Confédération Générale du Travail

CGPME : Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises

CMP : Consultation Médico-Psychologique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNS : Conseil National du SIDA

COREVIH : Coordination Régionale de Lutte contre l'Infection à VIH

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CRAES-CRIPS : Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé - Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA

CRS : Conférence Régionale de Santé

DAIE : Direction des Affaires Internationales et de l'Environnement

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGS : Direction Générale de la Santé

DDTEFP : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

ELISA : Enzyme-linked ImmunoSorbent Assay

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

ETP : Equivalent Temps Plein

FNPEIS : Fond National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

IDE : Infirmier Diplômé d'État
IFSI : Institut de Formation aux Soins Infirmiers
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST : Infection Sexuellement Transmissible
InVS : Institut national de Veille Sanitaire
LABM : Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale
MEDEF : Mouvement des Entreprises de France
MIGAC : Mission d'Intérêt Général d'Aide à la Contractualisation
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
MRS : Mission Régionale de Santé
MSA : Mutuelle Sociale Agricole
ODPS : Office Départemental de Prévention du SIDA
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PACA : Provence – Alpes - Côte d'Azur
PERIPL : Pôle d'Echanges, de Ressources et d'Information sur la PLuriactivité
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRESAJE : Prévention Santé Jeunesse
PRS : Programme Régional de Santé
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
RA : Rhône-Alpes
REVIH 73 : Réseau VIH 73
REVIH STS : Réseau VIH Savoie-Toxicomanie-Santé
RIAP : Relevé Individuel d'Activité des Professionnels
RPIB : Repérage Précoce de l'Intervention Brève
RSI : Régime Social des Indépendants
SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SREPS : Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
UCPA : Union des Centres de Plein Air
URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
VDRL : Venereal Disease Research Laboratory
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

INTRODUCTION

Sur le plan mondial, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) a atteint 4,3 millions nouvelles personnes en 2006¹. Pour la France en 2005, l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS)² rapporte les données suivantes :

- la prévalence de séropositivité au VIH se situe entre 100 000 et 170 000 personnes, avec une valeur centrale de 134 000 ;
- 5,3 millions de dépistages ont été réalisés, ce qui correspond à 85 dépistages pour 1 000 habitants.
- parmi ces dépistages, 11 600 sont positifs, soit 2,2 cas de séropositivité pour 1 000 sérologies ;
- parmi ces tests positifs, environ 6 800 correspondent à des découvertes de séropositivité ;
- les CDAG réalisent 6 % des sérologies et enregistrent 12% des sérologies positives (3,8 positifs pour 1 000 tests effectués) ;
- en Rhône-Alpes³ : 471 000 sérologies ont été effectuées (27 400 réalisées en CDAG), dont 750 se sont révélées positives (67 réalisées en CDAG). Parmi elles, environ 430 personnes ont découvert leur séropositivité en Rhône-Alpes, et 14 en Savoie.

Cela justifie la mise en place et le maintien d'une politique active de prévention et de dépistage

La **politique de dépistage** du VIH se développe en 1987 avec la mise sur le marché du test du dépistage sérologique pour le VIH. Elle est basée sur une démarche volontaire et individuelle, dans un cadre anonyme et gratuit. Elle prévoit la création a minima d'une CDAG départementale, désignée par l'État, afin de canaliser la dispersion des demandes de dépistage (dans les centres de transfusion sanguine par exemple).

En Savoie, la première **CDAG** est créée par arrêté préfectoral du 19 avril 1988, au sein du service des consultations des maladies infectieuses du Centre Hospitalier (CH) de Chambéry.

Pour favoriser le dépistage précoce des populations précaires, cette CDAG imagine deux **dispositifs expérimentaux** à l'attention des travailleurs saisonniers des stations de ski de Savoie identifiés comme personnes vulnérables (voir partie 2.3) :

- un dépistage par les médecins libéraux et médecins du travail appartenant au réseau VIH de la Savoie (REVIH 73), et vacataires de la CDAG : le résultat est mitigé.
- **un dépistage itinérant**, ponctuel, effectué par une équipe mobile (antenne mobile) de la CDAG qui remporte de suite un succès en terme de fréquentation (236 consultants en 1995).

1 Source : site ONUSIDA (cf bibliographie)

2 InVS, Lutte contre le VIH/SIDA et les IST, 10 ans de surveillance, 1996-2005, mars 2007, p45.

3 Source : Site de InVS (cf bibliographie)

L'antenne mobile de la CDAG, est une originalité que viendront conforter les recommandations de la Conférence Régionale de Santé 2002 de la Région Rhône-Alpes ou les souhaits du ministre de la santé, M. Xavier BERTRAND lors des États Généraux des Élus locaux contre le SIDA⁴. Ayant débuté ses actions durant l'hiver 94/95 à Val d'Isère, La Plagne, et aux Arcs, puis étendu à Tignes et Courchevel en 1996, elle intervient actuellement sur onze des plus grandes stations de ski de la Savoie : 925 dépistages ont été effectués pendant l'hiver 2006/2007.

Cependant, les missions de dépistage s'inscrivent dans **un contexte et un paysage réglementaire évolutifs**. De manière schématique, on peut citer :

- sur le plan général : **la recentralisation** des missions en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles⁵ et la nouvelle constitution financière de l'État avec passage d'une culture de moyens à une culture de résultats (Loi Organique relative aux Lois des Finances⁶);
- sur le volet sanitaire : **la régionalisation** organisée selon un Plan Régional de Santé Publique, PRSP⁷, et une mise en œuvre par un Groupement Régional de Santé Publique, GRSP (loi du 9 août 2004⁸ relative à la politique de santé publique qui définit comme un de ses 9 principes la réduction des inégalités, affirme la responsabilité de l'État et positionne le niveau régional comme niveau optimal d'intervention) ;
- en matière de VIH : hormis les textes de 2000 qui constituent un **référentiel** de la CDAG, on note **l'élargissement** de la compétence des CDAG aux hépatites B et C et aux Infections Sexuellement Transmissibles, IST (respectivement, la circulaire du 2 août 2004⁹ et la loi du 13 août 2004), et la nouvelle instance de Coordination Régionale de lutte contre le VIH, la **COREVIH**.

Aussi, les missions portées par le CH de Chambéry (dépistage des VIH-hépatites au niveau de la CDAG, lèpre et IST portées par le service de médecine infectieuses), et la tuberculose gérée jusqu'en 2005 par le Conseil Général de la Savoie, sont recentrées au sein d'un « **espace de santé publique** » du CH de Chambéry, le 1^{er} janvier 2006.

4 BERTRAND X., Discours « Etats généraux des Elus locaux contre le SIDA », Sénat, 2006, 6p.

5 Loi no 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

6 Loi organique n°2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances

7 DRASS de Rhône-Alpes, Plan Régional de Santé Publique de Rhône-Alpes, 2006-2010, 39p.

8 Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

9 Circulaire du 2 août 2004 relative aux consultations de dépistage anonyme et gratuit

Le travail saisonnier : Défini par plusieurs instances (le Conseil européen¹⁰, le ministère du travail¹¹), le travail saisonnier effectué dans les stations de ski de Savoie par la main d'œuvre destinataire de l'action de santé publique étudiée, présente des spécificités à part entière :

- il est différent du travail saisonnier agricole régional (en Ardèche et Drôme) ;
- il est intense et transitoire. L'activité est concentrée sur les seuls mois d'enneigement, de la mi-décembre à la fin avril, contrairement à la Haute-Savoie et à l'Isère où l'activité touristique est répartie de façon plus harmonieuse entre l'été et l'hiver ;
- il s'inscrit dans un univers d'enjeux économiques forts, avec des besoins de main d'œuvre importants.

Les travailleurs saisonniers : ils ne font l'objet d'aucune définition académique, ni d'inscription dans le droit commun et ne relèvent pas d'un statut particulier.

A la typologie des saisonniers dressée par S. CORDEL¹² en 2002, nous préférons la définition de M. MAUME¹³ (Directeur du Service Santé au Travail secteur Sallanches, Haute-Savoie) simple et pertinente en terme de santé publique. Il différencie :

- « les saisonniers habituels, travaillant dans les métiers de la neige (remontées mécaniques...), souvent autochtones, bien insérés dans leur région, bénéficiant d'un logement fixe et de deux professions (par exemple perchman l'hiver, agriculteur l'été), issus du milieu rural, bénéficiant de formation en début de saison, présentant un savoir-faire particulier, conservant leur poste au fil des saisons et y vieillissant ».
- « les saisonniers occasionnels, le plus souvent employés de la restauration venant de régions différentes, retournant dans leur région d'origine une fois la saison terminée, ne sachant pas où ils vont travailler la saison prochaine, issus de milieu citadin, ne bénéficiant pas tous de formation ou, ne présentant pas tous de savoir-faire (cas des plongeurs, femme de chambre, « toutes mains » et autres polyvalents), embrayés dans un turn-over important, souvent jeunes. Ce sont les plus vulnérables en terme de santé publique ».

¹⁰ « Le travail saisonnier dépend du rythme des saisons et se répète automatiquement chaque année » (Règlement CEE n°1408/71 du 14 juin 1971).

¹¹ « Travail d'une durée totale de 8 mois par an maximum et appelé à se répéter chaque année à date à peu près fixe en fonction du rythme des saisons ou des modes de vie collectifs et effectués pour le compte d'une entreprise dont l'activité obéit aux mêmes variations » (art L.122-1 et suivants du code du travail).

¹² CORDEL S., Des obstacles au partenariat dans le cadre des politiques sociales : le cas des travailleurs saisonniers, Mémoire, Grenoble, 2002, 81p.

¹³ Réunion de travail du 1^{er} février 2007, Annecy.

Leur nombre : en l'absence de système d'identification exhaustif, le nombre des saisonniers en Savoie est estimé à partir des données de différentes instances en tenant compte de leurs limites : Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE), Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF), services de santé au travail, ASSociation pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce (ASSEDIC), inspection du travail, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), Observatoire Savoie Mont-Blanc Tourisme: 36 000 dont 25 000 en Tarentaise (74%), 9 000 en Maurienne (26%), et 2 000 étrangers détachés (britanniques pour la plupart).

Leur précarité relève de trois causes principales^{14 15 16}:

- le travail : « sous pression » et au vu des enjeux financiers, il se caractérise par un rythme et des conditions de travail difficiles. Le contrat saisonnier étant à durée déterminée, le recrutement massif et transitoire des saisonniers complexifie d'autant les démarches de recrutement, de formation, de gestion et de suivi ;
- le logement¹⁷: des conditions de vie déplorables découlent de la cherté du foncier en station et des difficultés d'accès aux dispositifs d'aide au logement ;
- et la santé des saisonniers : elle a été le révélateur de la précarité des saisonniers. Elle est impactée par les conditions de logement et du travail sus-cités, mais aussi par le contexte festif qui règne en station de ski et par les difficultés d'accès aux structures sanitaires des stations (au regard de l'éloignement géographique des villes, de la démographie médicale, du coût de la consultation, et de l'écueil dans le parcours de soins).

La santé des saisonniers n'est pas connue avec précision à ce jour, en raison de leur mobilité représentant un frein important aux recueils d'information, aux études et évaluations des actions menées en leur faveur.

Cependant, des thèmes de santé récurrents apparaissent au fil de la recherche bibliographique et des entretiens: les conduites à risques (avec alcoolisation massive et pratiques addictives), les comportements sexuels à risque, et la santé mentale.

Les risques sexuels chez les saisonniers sont pointés dès 1994 lors de l'enquête de la médecine du travail de Savoie¹⁸: le multipartenariat est plus élevé chez les saisonniers que

14 ROZELIER M., Nos saisons durent plus d'un an, Revue Coaching, 2001, n°575, p44-47.

15 RUFFIER N., Saisonniers, l'envers du décor, Montagnes Magazine, 2003, n° 275, p74-80.

16 NAVARRO G., Travailler dans le tourisme, Le Renouveau, Revue, 2001, n° 89, p4-5.

¹⁷ ANDRAUD M., Le logement des saisonniers, synthèse de résultats, CCI, novembre 2006, 11p.

dans la population générale : 14% ont entre 3 et 5 partenaires (contre 4,8% dans la population générale selon le rapport SPIRA¹⁹), et 2,5 % ont plus de 5 partenaires (contre 1,7%). 7% ont déjà eu une IST (contre 1,4 %). 32,6 % ont réalisés un test du SIDA (contre 13%). 56% n'utilisent jamais le préservatif, 16% l'utilisent occasionnellement. La prise de risque sexuel est donc plus élevée que dans la population générale.

L'antenne mobile tente d'y répondre en proposant un dépistage du VIH à l'attention des saisonniers. Elle bénéficie à ce jour d'une expérience de 12 ans.

Le médecin responsable de la CDAG du CH de Chambéry signale les difficultés croissantes de l'antenne mobile pour répondre à la demande de dépistage, face à l'augmentation de la fréquentation de cette antenne (236 consultations en 1995, 925 en 2007) et, selon elle, pour des motifs ne relevant pas toujours du dépistage du VIH.

Nous proposons de porter notre attention sur l'antenne mobile pour les motifs suivants :

- l'opportunité d'analyser un dispositif expérimental de santé publique (dépistage itinérant) ;
- la possibilité d'une collaboration avec l'équipe de la CDAG du CH de Chambéry, en tenant compte de la difficulté de réalisation d'une étude de manière isolée et de la difficulté liée à la régionalisation du stage (hors du département d'observation).

La question soulevée dans ce mémoire est :

L'antenne mobile de la CDAG du CH de Chambéry à l'attention des saisonniers répond-elle aux missions qui lui sont confiées ?

Pour y répondre, nous investiguerons deux hypothèses :

- **l'antenne mobile de la CDAG accueille réellement la population des saisonniers ;**
- **l'antenne mobile est utilisée pour un motif en lien avec ses missions (stratégie globale de prévention, orientation et prise en charge des séropositifs, et prise en charge des IST.**

Nous étudierons ainsi l'organisation et le fonctionnement de l'antenne mobile de la CDAG. Puis, nous analyserons le dispositif afin d'en déduire **des perspectives d'évolution souhaitables.**

18 BOURGUIGNON C., Les travailleurs saisonniers en stations de sport d'hiver de Savoie, 1994, 33p.

¹⁹ SPIRA A., Enquête : Analyse des comportements sexuels en France, 1992, INSERM, 29p.

Ce travail comprend cinq parties:

- 1° partie, nous précisons **la méthodologie**: recueil de données (générales, des saisonniers et du dépistage itinérant du VIH) ;
- 2° partie, nous décrivons **le contexte** géographique, économique et social, l'historique des travailleurs saisonniers en Savoie, les problématiques en terme de logement, travail et santé, la politique de santé, les financements, les ressources actuelles et le partenariat;
- 3° partie, nous présenterons **le dépistage du VIH à l'attention des saisonniers (le cadre réglementaire, la politique de santé, les ressources) et l'antenne mobile de la CDAG du CH de Chambéry** (missions, fonctionnement, organisation, activités, suivi, financement);
- 4° partie , **l'analyse** : nous testerons les deux hypothèses émises au travers des données qualitatives (à partir des entretiens) et quantitatives (grâce à un questionnaire ayant porté sur 539 personnes accueillies lors du dépistage itinérant) ;
- 5° partie , nous ouvrirons la **discussion** en abordant successivement les limites de l'étude et de la méthode employée, les réponses aux questions posées et les **préconisations** pour une meilleure intégration des saisonniers dans le dispositif de prévention et de dépistage, en cohérence avec les politiques de santé.

L'intérêt professionnel :

Le dépistage itinérant du VIH à l'attention des saisonniers est intéressant à plusieurs titres :

- l'implication de chaque partenaire local est mal identifiée par l'ensemble des partenaires. Le médecin inspecteur de santé publique (MISP) a pour rôle de coordonner les différents partenaires et les accompagner dans leur démarche pour la poursuite d'actions ou la mise en œuvre de nouveaux dispositifs réglementaires (exemple de la COREVIH). Cela nécessite une bonne connaissance du terrain ;
- la santé des saisonniers, notamment ceux de l'hôtellerie et la restauration, constitue un réel problème de santé publique, en raison de leur précarité et des inégalités sociales. La complexité de la situation est signalée par les différents MISP de la région Rhône-Alpes rencontrés tout au long du stage. L'investigation de ce champ (genèse de la problématique, repérage des acteurs, identification des freins et des leviers) ne peut que favoriser une meilleure appropriation du dossier. Le MISP sera alors dans un meilleur positionnement pour favoriser l'inscription de la thématique dans la politique de santé publique, en facilitant la transmission des informations entre les différents niveaux départemental, régional et national ;

- le MISP des services déconcentrés, de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ou de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) doit apporter sa contribution pour que l'État puisse garantir la cohérence des politiques des différents programmes, plans et schémas de santé publique, qu'ils soient nationaux, régionaux ou locaux :
 - en matière de dépistage du VIH : cohérence du plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008²⁰, du plan national hépatites virales B et C 2002-2005²¹, et du PRSP 2006-2010 de Rhône-Alpes (axe 2 : réduire les facteurs de risques et favoriser le dépistage) ;
 - en matière de précarité : cohérence du Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé (SREPS) 2003-2007²², du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) 2003-2006²³, et du PRSP de Rhône-Alpes 2006-2010 ;
 - mais aussi garantir les liens avec les autres politiques de santé publique et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), le plan de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), le plan départemental de prévention et de prise en charge des toxicomanies et dépendances en Savoie 2000-2003, le plan régional de la saisonnalité du Conseil régional ²⁴...

²⁰ Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/sida_2005-2008.pdf>

²¹ Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/hepatitec/prog_02.pdf>

²² DRASS de Rhône-Alpes, Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé (SREPS) 2003-2007.

²³ DRASS de Rhône-Alpes, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins Rhône-Alpes (PRAPS) 2000-2003, 101p.

²⁴ Conseil régional Rhône-Alpes, délibération cadre, Rapport n°06.13.216.

1 - LA METHODE

Pour investiguer les hypothèses, nous avons eu besoin de collecter des données générales, de définir la population étudiée et d'analyser l'antenne mobile de la CDAG.

1.1 LES DONNEES GENERALES

Elles ont nécessité un contact avec l'INSEE, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), l'office du tourisme, la Chambre de Commerce et de l'Industrie (CCI), le conseil de l'Ordre des médecins de Savoie, les médecins de montagne de Savoie, la DRASS de Rhône-Alpes et des DDASS de Savoie, de Haute-Savoie, de l'Isère et des Hautes-Alpes.

Les documents officiels ont été consultés : le Panorama de la santé²⁵, le PRSP, le PRAPS de Rhône-Alpes 2000-2003 et orientations 2003-2006²⁶, ainsi que le document de la Conférence Régionale de Santé 2005 (CRS)²⁷.

1.2 La population étudiée

L'étude porte sur les personnes accueillies au sein de l'antenne mobile de la CDAG, pour un dépistage du VIH, dans onze stations de ski de Savoie, pendant l'hiver 2006-2007.

Une première recherche bibliographique sur les travailleurs saisonniers de Savoie a été menée au niveau des banques de données : Banque de Données de Santé Publique (BDSP) de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), Institut de l'Information Scientifique et Technique - Centre Nationale de la Recherche Scientifique (INIST-CNRS), Medline et de l'ORS; elle s'est révélée assez pauvre.

La participation au festival international des métiers de la montagne (le 26 novembre 2006 à Chambéry²⁸) et aux réunions du groupe santé-saisonniers (le 1^{er} février et le 1^{er} mars 2007, à Annecy), ainsi que la rencontre avec deux personnes clés (le responsable de la prévention de la Mutualité de la Savoie et l'ancien chargé de mission VIH en Savoie dans les années 1995) ont permis :

- la constitution d'un socle de connaissances ;
- le complément de la recherche bibliographique auprès du Centre Alpin Recherche Épidémiologique Prévention Sanitaire (CAREPS) de Grenoble, du Pôle d'Échanges, de

²⁵ DRASS, Panorama de la santé en Rhône-Alpes, n°200 5-06-D, janvier 2005, 27p.

²⁶ DRASS, PRAPS Rhône-Alpes Bilan 2000-2003, orientations 2003-2006.

²⁷ Programmes et actions de santé publique, Plan régional santé environnement, Alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire, Conférence Régionale de Santé 2005, novembre 2005, DRASS, 53p.

²⁸ Le CAIRN, Journal du festival des métiers de montagne, [en ligne], Septembre 2006, n°35.

Ressources et d'Information sur la PLuriactivité (PERIPL) d'Annecy, du Pôle Ressources Régional Saison Santé, du Pôle Ressource Interrégional ;

- le repérage des partenaires essentiels.

Des entretiens libres exploratoires et/ou semi-directifs ²⁹ ont été tenus auprès de partenaires :

- en local : les saisonniers, la Mutualité de la Savoie, la Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP), l'Association Départementale d'Education Sanitaire (ADESS), la Confédération Générale du Travail (CGT), le Conseil général de Savoie, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), le service de santé au travail, l'association « le Pélican », un foyer-logement et un espace saisonnier (appelé aussi « maison des saisonniers ») ;
- en régional : le Conseil régional Rhône-Alpes, le CAREPS, la CPAM de la Loire ;
- au niveau national : la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), la Direction des Affaires Internationales et de l'Environnement (DAIE), et un membre du Conseil d'État.

1.3 LE DEPISTAGE ITINERANT DU VIH PAR L'ANTENNE MOBILE

Après une recherche bibliographique sur le dépistage du VIH (sites du ministère de la santé, de l'InVS, du Conseil national du SIDA (CNS), de SIDA Info Service, SIDACTION, BDSP de l'ENSP, Légifrance) ³⁰ et l'examen des différents rapports d'activité de la CDAG du CH de Chambéry, une observation directe a été réalisée en accompagnant l'antenne mobile lors d'un dépistage itinérant à Val d'Isère, le 5 février 2007.

Des données qualitatives, à partir des entretiens libres et semi-directifs ³¹, ont contribué à une meilleure vision :

- locale : l'équipe de la CDAG et la direction du CH de Chambéry ;
- régionale : la DRASS, le Collège Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé-Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA (CRAES-CRIPS), le Conseil général de Haute-Savoie, le Conseil général de l'Isère, le Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble, l' Office Départemental de Prévention du SIDA (ODPS), le CAREPS ;
- nationale : la DGS, l'InVS, le CNS, Sidaction, la DRASS Ile de France ;

²⁹ cf. Annexe n°1 : Liste des personnes rencontrées.

³⁰ Disponibles sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr>>, <<http://www.invs.sante.fr>> , <<http://www.cns.sante.fr>> , <<http://www.sida-info-service.org>> <<http://www.sidaction.org>> , <<http://www.legifrance.gouv.fr>>

³¹ cf. Annexe n° 1 : Liste des personnes rencontrées.

- internationale : aucune donnée n'a été trouvée dans la recherche du dépistage du VIH à l'attention des saisonniers des stations de ski.

Mais ces données qualitatives n'ont pas permis de répondre aux hypothèses posées. Il a été nécessaire de produire des données quantitatives :

Les données quantitatives

Les hypothèses ont été testées au travers d'un questionnaire anonyme remis à chaque personne se présentant à la CDAG.

Chaque questionnaire³², comporte :

- 10 questions posées à la personne accueillie: âge, sexe, lieu de résidence habituel, « statut » ou non de travailleur saisonnier (et si oui, le secteur d'activité), la couverture par une assurance complémentaire, le mode de connaissance de la CDAG, le motif de venue, le nombre de venue ;
- 3 questions posées au médecin : le motif de consultation, le type de recours éventuel et la satisfaction à la réponse apportée.

Le questionnaire a pour objectif d'étudier l'utilisation du dispositif. Il a été :

- conçu selon un mode auto-administré ; douze questions sont fermées (à réponse unique, numérique, binaire ou multiple), une question est ouverte ;
- défini et élaboré en tenant compte des contraintes des saisonniers (questionnaire simple, tenant sur une page, avec un temps de remplissage court d'une à deux minutes maximum), et des contraintes des médecins du CIDDIST (questionnaire concis) ;
- testé le 1^{er} février 2007, sur 30 sujets et 1 médecin. Aucune modification n'a été apportée compte tenu de la bonne recevabilité par les saisonniers et le médecin ;
- lancé avec l'étroite collaboration de l'équipe de la CDAG pendant le 1^{er} trimestre 2007, auprès de 539 personnes qui représentent l'exhaustivité des consultants (deux refus seulement) pendant la période de l'étude. A noter que cette période d'étude (du 9 janvier au 27 mars 2007) est plus courte que la saison entière;
- analysé après saisie des données sous logiciel Épi-info version DOS.

Une des principales difficultés de ce travail a résidé dans l'éparpillement des données et l'intrication des champs de compétence des structures ressources, générant peu de lisibilité quant à l'action globale. Une importante bibliographie a été constituée et a fait l'objet d'un

³² cf. Annexe n°II : Questionnaire.

rapprochement avec celle du Pôle Ressources Régional Saison Santé afin de constituer une base documentaire de référence qui fera l'objet d'une présentation lors du prochain séminaire de Saint-Jorioz, en Haute-Savoie, sur la santé des saisonniers du tourisme, le 20 et 21 septembre 2007.

67 personnes ont été auditionnées au cours des 63 entretiens réalisés (binôme pour 4 entretiens sur 63): les entretiens concernent pour 22% la recherche d'information générale, 49% l'information sur les saisonniers et 31% l'information sur le VIH. 51% des entretiens se sont tenus au niveau local, 33% au niveau régional et 16% au niveau national. Ils ont été réalisés essentiellement in situ (76%), plus rarement par téléphone (24%).

2 - LE CONTEXTE

2.1 LA SAVOIE, SES STATIONS DE SKI ET LES ENJEUX ECONOMIQUES

Histoire : Il revient au comte Humbert de fonder vers l'an 1030, la Maison de Savoie. Cet état, doté d'une certaine indépendance, s'étale stratégiquement sur les deux versants des Alpes dont il contrôle les cols et les voies de commerce. Il est rattaché à la France par le traité de Turin de 1860, et donne naissance aux départements de Savoie et de Haute-Savoie.

Géographie: La Savoie est répartie sur 6 267 km². 88,4% sont classés en zone de montagne. Elle est structurée administrativement en 7 territoires (dont la Tarentaise et la Maurienne), divisés en 37 cantons, 293 communes et 3 circonscriptions.

Démographie : Avec 392 156 habitants³³, la densité de population en Savoie est de 65 habitants/km² (moyenne française : 104). Les emplois directs ou indirects induits par l'activité du ski sont à l'origine d'un solde migratoire positif. Le taux de chômage est de 6,8% pendant le 1^{er} trimestre 2006 (contre 8,1% en Rhône-Alpes et 9,5% au niveau national) et 16% des emplois sont concernés par le tourisme (contre 4,6% en région Rhône-Alpes)³⁴. L'association des Médecins de Montagne a estimé le surplus de population de montagne pendant l'hiver à 700 000 habitants (40 000 personnes à Courchevel par exemple).

Les spécificités du territoire³⁵ : sont avant tout le tourisme d'hiver. Avec 60 stations de sports d'hiver, fer de lance de l'économie savoyarde, le tourisme totalise 28% des emplois salariés et crée 37% des emplois privés du département depuis 10 ans. La Savoie³⁶ dispose d'une capacité d'accueil brute de 521 200 lits privés et marchands en montagne. La fréquentation annuelle 2005-2006 affiche 20,8 millions de nuitées pour le périmètre neige (dont 70% en Tarentaise). Il s'agit de la 1^o destination de la clientèle française durant l'hiver. 58% des nuitées sont réalisées pendant les périodes de vacances scolaires, dont 33% pendant les vacances de février. Le tourisme représenterait 50% de la richesse du PIB du département. La Savoie est le département où il y a les plus grandes stations, le plus de saisonniers et la plus grande concentration d'activités à risque sportives.

³³ Source : INSEE, estimations localisées de population, 01/01/ 2004.

³⁴ RODRIGUEZ N., La lettre d'analyse n°70 INSEE Rhône -Alpes, 2007, p1.

³⁵ Disponibles sur Internet : conseil général de la Savoie : <<http://www.cg73.fr>> , Tourisme Savoie et Haute-Savoie : <<http://www.savoiehautesavoie.com>> et <<http://www.savoie-mont-blanc.com>>

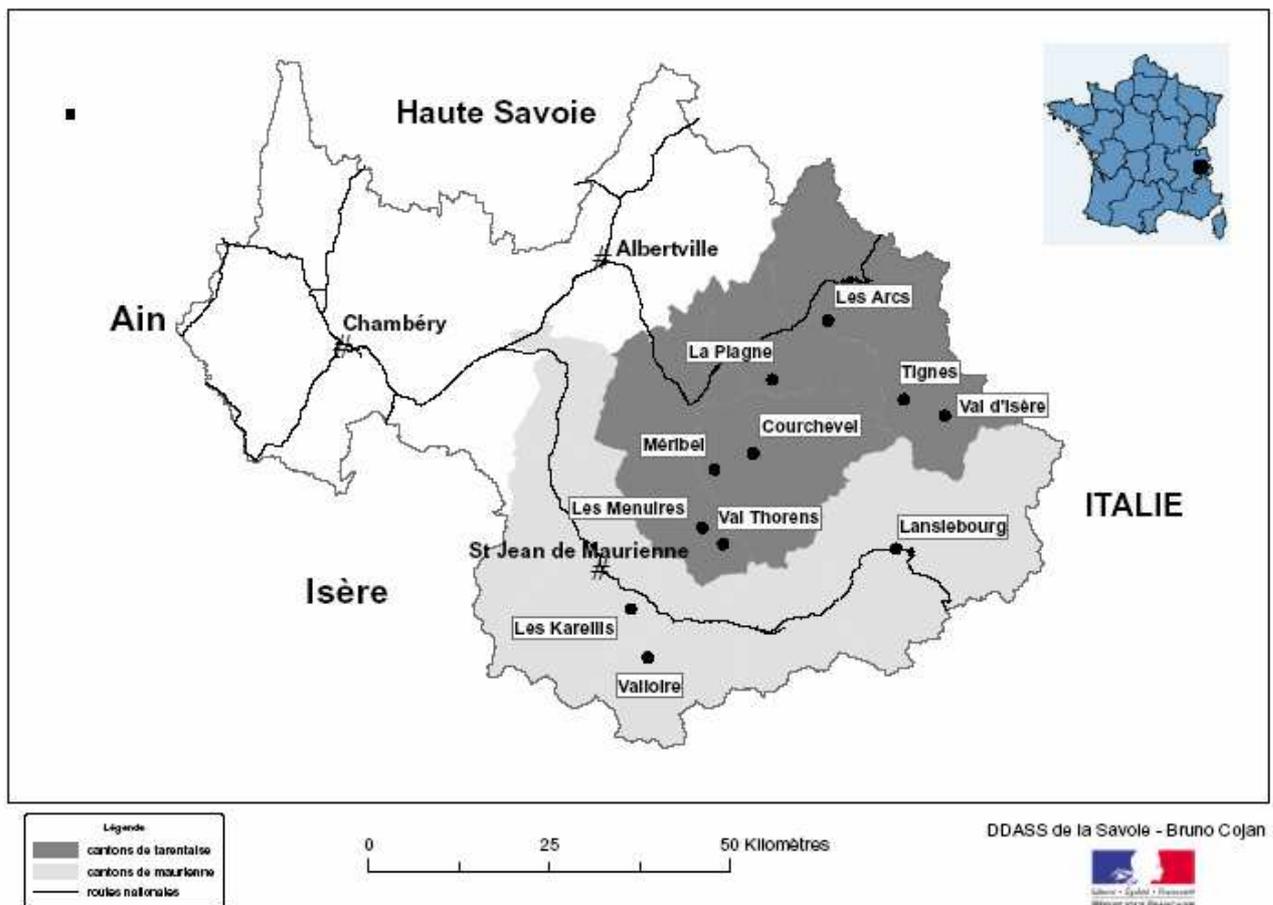
³⁶ Source : CCI de la Savoie.

Les enjeux économiques ³⁷ : La plupart de ces stations ont été créées pendant les 40 dernières années sur un modèle industriel, sans tenir compte du contexte social local, rural et traditionnel à l'instar des stations de Suisse ou d'Autriche³⁸, d'Isère ou de Haute-Savoie.

Des enjeux s'imposent aux professionnels de la montagne, à savoir de conserver une attractivité auprès de la clientèle française et étrangère et améliorer l'offre du parc locatif, auxquels tente de répondre le Plan Tourisme Savoie 2007-2013 ³⁹ du Conseil général de Savoie, en valorisant le potentiel touristique « toutes saisons ».

Les stations de ski couvertes par l'antenne mobile de la CDAG sont installées pour 8 d'entre elles en Tarentaise (Val d'Isère, Les Arcs, Courchevel, Méribel, La Plagne, Tignes, Les Ménuires, Val Thorens) et 3 d'entre elles en Maurienne (Valloire, Lanslebourg, Les Karellis). 135 km séparent le CH de Chambéry de la station la plus éloignée (Val d'Isère).

Carte 1 : sites du dépistage itinérant du VIH des stations de ski de Savoie pendant la saison d'hiver 2006/2007



³⁷ ROLLAND V., Attractivité des stations de sports d'hiver, Rapport au Premier Ministre, 2006, 124p.

³⁸ DUCHE, le logement des saisonniers et des SDF, Expansion scientifique française, 1994, 377p.

³⁹ Conseil général de Savoie, Plan Tourisme Savoie 2007-2013, 8p.

2.2 L'historique du dossier des saisonniers

Cinq repères chronologiques peuvent être identifiés.

Le problème émerge aux environs des années 1988: l'association « Le Pélican » pour toxicomanes, basée à Moutiers, repère chez les saisonniers (essentiellement des non-locaux) des problèmes de santé allant bien au-delà des seules pratiques toxicomaniaques.

De 1988 à 1995, les premières mesures expérimentales s'amorcent : suite au décès par overdose de deux saisonniers à Val d'Isère, et à une enquête d'ANSTETT de 1991⁴⁰, un réseau informel est créé en 1993 : le groupe « Santé, condition de vie des saisonniers ». Porté par la Mutualité de Savoie dans une logique de promotion de la santé⁴¹, et sous l'égide du préfet, il regroupe la DDASS, l'ADESS, le Pélican, la Médecine du travail, le Conseil général (et plus tard les structures d'accueil). Au regard de travaux de la médecine du travail⁴², le champ des thèmes traités est élargi : SIDA, alcool, logement. Un lieu expérimental est retenu, Val d'Isère, et la première maison des saisonniers ouvre ses portes, en 91/92, aux Ménuires.

1995/96, la sensibilisation de partenaires sociaux monte en puissance localement :

le partenariat s'élargit aux domaines de l'emploi et du médico-social (CDAG, assistantes sociales). Les initiatives se multiplient : premier colloque d'Albertville de 1996⁴³, journées santé, travaux de recherche^{44 45 46}. En 1995, le chargé de mission sur le SIDA pour la Savoie et Haute-Savoie (MISP de la DDASS 73) sera à l'initiative de l'élaboration d'un guide d'information à l'attention des saisonniers, « le guide Touchouss » (voir partie 2.6.4).

De 1996 à 1999, la sensibilisation s'étend à l'échelle régionale et nationale : suite au séminaire de Saint-Baldoph (73) en 1999 sur les toxicomanies, le Conseil régional missionne un état des lieux⁴⁷. La Savoie, Haute-Savoie et Isère mutualisent leurs expériences, en 2003, dans un **Pôle Ressource Régional Saison Santé de Rhône-Alpes**. Sur le plan national, le

⁴⁰ ANSTETT M., Analyse des relations existantes entre les conduites toxicomaniaques et les modes de vie en station de ski, Enquête, 1991, 101p.

⁴¹ Les Pluriactualités, disponible sur Internet : <<http://www.saisonsante.org> >

⁴² BOURGUIGNON C., Les travailleurs saisonniers en stations de sport d'hiver de Savoie, op. cit.

⁴³ Actes du colloque sur l'hébergement des travailleurs saisonniers du tourisme, Albertville, 1996, 101p.

⁴⁴ Association PRE-SA-JE, Etude sur la santé et le recours aux soins des saisonniers, 1994, 21p.

⁴⁵ CHARREL M., Facteurs de risque et recours aux soins des travailleurs saisonniers en station de sports d'hiver, Rapport, 1993, 50p.

⁴⁶ ABERLEN J., Les conditions de vie et de santé des saisonniers du tourisme, Rapport, 1996, 33p.

⁴⁷ MORELLET F., Etat des lieux sur la santé des saisonniers du tourisme, Etude, 1999, 51p.

ministère du tourisme ⁴⁸ analyse la situation: 31 préconisations sont élaborées en terme de logement, transport, santé, formation, intégration et statut des saisonniers, mais le rapport ad hoc restera sans suite au niveau parlementaire.

Depuis, la mobilisation locale et régionale se poursuit malgré tout ⁴⁹: la dégradation des conditions de vie des saisonniers ⁵⁰ amène le Conseil régional à intégrer les saisonniers dans le Plan Régional de la saisonnalité. Ses orientations présentées lors des 1^o rencontres de la saisonnalité en octobre 2005 à Lyon, visent la mise en place d'un guichet unique, un numéro vert, un site Internet, une convention de qualification et de formation, et un projet de loi au niveau national. Il a été favorable à une inscription de la problématique des saisonniers dans le PRSP.

Le Conseil général de Savoie continue à financer des actions (guide).

Certaines communes et mairies ⁵¹ ⁵² montrent de plus en plus leur intérêt lors des actions (mise à disposition des locaux) mais cela reste encore limité.

2.3 LE CONTEXTE EN TERME DE LOGEMENT, DE TRAVAIL ET DE SANTE

Les saisonniers seraient plus en position de précarité que de pauvreté, selon la définition de WRESINSKI⁵³. La précarité est liée à l'instabilité⁵⁴, notamment en matière de logement et d'emploi et produit des inégalités sociales de santé ⁵⁵. Il y a interdépendance et non causalité⁵⁶.

La saisonnalité expose les saisonniers à la précarisation, notamment les saisonniers occasionnels, et majore la précarisation de ceux qui l'étaient auparavant.

⁴⁸ LE PORS A., Propositions pour l'amélioration de la situation sociale et professionnelle des travailleurs saisonniers du tourisme, Rapport, 1999, 154p.

⁴⁹ PIROUE L., Les travailleurs saisonniers du tourisme, Mémoire, 2006, 113p.

⁵⁰ PRORIOL L., Conditions de vie des saisonniers dans les stations touristiques, Rapport, 2003, 32p.

⁵¹ CLARET (P), Sauver les saisonniers, Magazine Les maires des Savoie, n°64, janvier 2001, p19-27.

⁵² Travailler en montagne, Association Nationale des Elus de la Montagne, Colloque, Grenoble, 2006, 47p.

⁵³ « Absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux». WRESINSKI J., Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport du CESC, 11 février 1987.

⁵⁴ HCSP, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rapport, 1998, 349p.

⁵⁵ BIHR A., Le poids des inégalités sociales, revue Problèmes économiques, mai 2000 ; 6p.

⁵⁶ RAISSIGUIER Y., Accès aux soins et inégalités sociales de santé, ENSP, janvier 2007, 40p.

2.3.1 Logement

Une co-habitation contrainte, l'absence d'intimité, des lieux aussi exigus (réduit clos sous des escaliers) qu'inadaptés (local technique de piscine), nombreux sont les exemples qui poussent le saisonnier à se réfugier vers un lieu plus convivial, tel un bar ou une boîte de nuit.

Face à ce mode de vie particulier, on note cependant une évolution favorable au respect de l'intimité des saisonniers qui se traduit dans une démarche de qualité :

- l'accord interprofessionnel du 1^{er} juillet 2003 engageant l'ensemble des partenaires (Mouvement des Entreprises de France : MEDEF, Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises : CGPME, syndicats de logement) définit ce que doit être le logement de chaque saisonnier en terme de surface et de confort ;
- l'employeur peut monter plus facilement des opérations, à coût équivalent pour améliorer la qualité de la réponse apportée au saisonnier grâce aux aides de l'État et du 1% logement qui viennent abonder les aides du Conseil régional et du Conseil général ;
- enfin, la loi relative au développement des territoires ruraux de février 2005⁵⁷ fixe un quota de 15% minimal de logement pour les saisonniers dans les résidences de tourisme.

Selon l'ancien chargé de mission interministérielle sur la question du logement des saisonniers, 2 000 lits ont pu être créés ces cinq dernières années, contre 500 sur les dix années précédant ces mesures. Ces chiffres sont à rapprocher du nombre de 36 000 saisonniers.

2.3.2 Travail

Bien que les enjeux économiques du tourisme et de la saisonnalité soient mieux cadrés, les desideratas des saisonniers restent difficiles à définir, notamment ceux des saisonniers occasionnels : c'est une population non uniforme, labile, changeante de saison en saison passant d'un secteur d'emploi à un autre, avec une formation initiale diverse. Cela suppose que les solutions ne peuvent être apportées sur un seul axe et doivent être multiples.

⁵⁷ Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relatif au développement rural.

En matière de risques et conditions de travail, le service de santé au travail identifie deux situations :

- les remontées mécaniques et les métiers de la neige, avec des risques physiques liés au froid, mais aussi au bruit, à la manutention ;
- l'hôtellerie et la restauration, avec des risques liés au rythme de travail effréné, des dépassement d'horaires, des jours de repos non respectés, Les conséquences sont la marginalisation, de plus en plus fréquente, la diminution des demandes d'emploi, ainsi que le recours à des conduites addictives (tabagisme, alcoolisme, usage de psychotropes, toxicomanie).

En matière de droit social et de formation, les allocations chômage sont ouvertes dès lors que le saisonnier travaille au moins six mois par an. Considérant la durée de la saison d'hiver, le saisonnier est amené à compléter son activité. Des nouveaux dispositifs de formation ont été mis en place (Congé Individuel Formation, le passeport formation, la Validation de l'Acquis et de l'Expérience...). Ils lui sont peu accessibles du fait de la saisonnalité et du caractère migrant du saisonnier. On note des perspectives encourageantes :

- la DDTEFP et l'ANPE organisent des forums annuels en fin de saison en Tarentaise, dans le domaine de l'hôtellerie / restauration, afin de mettre en rapport employeurs et saisonniers ;
- des jumelages entre villes de mer et de montagne (Comité de Bassin d'Emploi de Morbihan et de Savoie, Mission locale de Royan et de Chambéry) offrent aux saisonniers l'opportunité de basculer facilement de la saison d'hiver à la saison d'été, avec accès à la formation, dans le cadre d'un « contrat mer montagne » en place depuis 2005, s'étalant sur 12 mois.

La situation spécifique des saisonniers étrangers^{58 59} : un principe fondateur du traité de Rome⁶⁰ ouvre la possibilité d'une libre circulation pour tout ressortissant européen (salarié ou employeur) de travailler en France, en bénéficiant des mêmes droits et devoirs que les Français.

La Directive Services⁶¹, anciennement appelée Projet de Directive BOLKENSTEIN précise :

- les conditions d'exécution du travail (SMIG, congés, durée de travail de 35h, règles d'hygiène et sécurité, convention collective) sont celles du pays où le travailleur étranger est détaché ;
- par contre, les règles propres au contrat de travail (embauche, licenciement, protection sociale) et aux modalités légales (patente et enregistrement au registre du commerce), ainsi que la fonction de contrôle de l'activité, sont laissées au pays d'origine.

⁵⁸ GERY Y., La Savoie au secours des saisonniers anglais, le Monde initiative, janvier 2002, (extrait), 2p.

⁵⁹ Le travail saisonnier dans un contexte d'eupéanisation, Magazine Economique, CCI, 2006, p8.

⁶⁰ Traité de Rome II du 29 octobre 2004 établissant une Constitution pour l'Europe.

⁶¹ Directive 2006/123/CE adoptée par le Parlement européen et le Conseil, le 12 novembre 2006.

Concernant la protection sociale, une nationalité relevant de l'espace économique européen (Union européenne, Suisse, Lichtenstein) autorise une prise en charge par le régime général suite à une démarche administrative simple.

2.3.3 Santé

L'état des connaissances : aux premières enquêtes de 1991⁶² et 1994^{63 64}, l'enquête de MARTEAU J. menée en 2004⁶⁵ auprès de 146 saisonniers d'une station de ski de la Tarentaise détaille leurs modes de vie : 70,5% des saisonniers sont fumeurs de tabac, 58,2% ont au moins une ivresse par mois et 58,9% ont déjà consommé au moins une fois une drogue illicite. La surconsommation de tabac, d'alcool et de drogues chez les saisonniers semble être liée à l'âge (jeune), la situation familiale (célibataire), le secteur d'activité, le type de logement et sa surface habitable, et l'état psychologique.

L'enquête du Conseil général de la Haute-Savoie de 2003⁶⁶ confirme la prise de risques sexuels : 80% reconnaissent prendre des risques en matière de sexualité, d'alcool et de tabac, 60% dans le cadre de drogues. Il s'agit le plus souvent d'une prise de risque modérée et/ou occasionnelle, la prise de risque importante et/ou régulière représente 10 à 20%. 80% parmi les personnes prenant des risques souhaitent changer de comportement, notamment les femmes, l'âge n'ayant pas d'influence.

Les conditions d'accès aux soins : les caractéristiques de l'exercice libéral en montagne impactent l'accès aux soins:

- l'activité importante autour de la traumatologie générée par la pratique des sports de neige;
- l'afflux de la population touristique ayant un fort pouvoir d'achat ;
- l'inscription majoritaire des médecins en secteur 2 ;
- les tarifs en rapport avec le niveau de vie de la clientèle aisée, voire fortunée, avec un coût de la consultation variant du simple au double, et un coût de la visite du simple au décuple dans les grandes stations ...

⁶² ANSTETT M., Analyse des relations existantes entre les conduites toxicomaniaques et les modes de vie en station de ski, op.cit.

⁶³ Association PRESAGE (Prévention Santé Jeunesse), Problèmes de santé et conduites addictives chez les travailleurs d'hiver de Savoie, 1994,101p.

⁶⁴ BOURGUIGNON C., Les travailleurs saisonniers en stations de sport d'hiver de Savoie, op. cit.

⁶⁵ MARTEAU J., La consommation de substances psychoactives des saisonniers, Maîtrise, 2004, 56p.

⁶⁶ VINCENT-GENOD A., Evaluation des journées prévention-santé, Rapport, 2003, 20p.

2.4 LA POLITIQUE SANITAIRE

Alors que les plans départementaux arrivent à échéance hormis celui de la toxicomanie, la politique sanitaire repose sur le PRSP 2006-2009 : adopté par la CRS le 13 avril 2006 et arrêté par le préfet le 1 septembre 2006, il intègre le SREPS 2003-2007 et le PRAPS 2003-2006 en Rhône-Alpes⁶⁷.

Contrairement aux Programmes Régionaux de Santé (PRS) dont l'entrée était uniquement thématique (l'alcool, le suicide et la souffrance psychique), l'entrée du PRSP est à la fois thématique, populationnelle, et transversale (inégalités de santé).

Les saisonniers apparaissent dans l'axe 1 du volet « priorité de santé publique », objectif général n°1 : « favoriser l'accès aux soins et à la prévention des publics en difficulté » et sont identifiés comme « une population fragile et prioritaire quant à l'accès aux soins et à la prévention ».

2.5 LE FINANCEMENT

Le GRSP, installé en 2007, modifie la mise en place des crédits alloués par les différents partenaires financiers. Il regroupe les crédits de :

- l'État: la majeure partie des crédits issus du BOP 204 SPP est versée dans le GRSP;
- du Fond National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires (FNPEIS) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) : régime général, Mutuelle Sociale Agricole (MSA) et Régime Social des Indépendants (RSI);
- du Conseil régional.

Pour cette année, les crédits seront reconduits à l'identique de 2006.

D'autres financeurs participent à la mise en place d'actions en faveur des saisonniers:

le Conseil général, les communes ou communauté de communes, la Mutualité de Savoie (qui met à disposition un chargé de prévention et d'animation du pôle ressource saison santé), les associations...

Ainsi sont financés:

- le guide d'information (Conseil général, Direction du travail, Mutualité, syndicats,...) ;
- la formation "personnel-relais" à l'attention des veilleurs des foyers-logements et du personnel de l'office du Tourisme sur la connaissance du droit du travail, de la souffrance psychique... ;
- les expositions inter-actives : « question de saison », et « Vive la perf « (performance) contre le dopage ;

⁶⁷ Selon la circulaire DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004.

- la conception d'un site internet, avec la participation active du Conseil régional ;
- la mise en place de colloques ^{68 69 70} ...

Avec l'installation du GRSP, une plus grande transparence est attendue tant dans l'identification des promoteurs que des thèmes traités, des actions menées et des territoires couverts.

2.6 LES RESSOURCES ACTUELLES ET LEURS LIMITES

2.6.1 La santé au travail

Par un afflux massif et brutal de saisonniers (environ 30 000 salariés saisonniers sur la masse des 90 000 salariés habituels, soit + 30%), les contraintes de la saison d'hiver impactent l'exercice de la santé au travail :

- les services de santé au travail de Savoie se sont adaptés avec annualisation du temps de travail au regard d'une démographie médicale faible: 17 médecins du travail dans la zone de montagne sur les 44 médecins du travail de Savoie (14 médecins pour les stations de la Tarentaise avec le renfort de 2 médecins de Chambéry, et 3 médecins en stations de Maurienne et 1 renfort). Chaque médecin consulte 1 600 saisonniers en 4 mois soit 25 à 30 patients par jour. Par ailleurs, cette démographie est vieillissante, 65 à 70% des médecins ont plus de 50 ans ;
- la visite d'embauche est de réalisation difficile pour les petites structures compte tenu des temps de déplacement, du nombre réduit des effectifs et de la période courte de contrat ;
- la visite périodique reste à l'appréciation du médecin qui juge de la nécessité d'une surveillance médicale renforcée (SMR) annuelle (notamment pour le travail sur pylône des remontées mécaniques) ou tous les 2 ans ;
- le tiers temps de visite d'entreprise pour apprécier les risques et faire des préconisations à l'employeur est relégué au second plan.

En prise directe avec les saisonniers, les services de la santé au travail sont un partenaire précieux pour améliorer la connaissance des saisonniers et participer aux actions d'information. Cependant la charge de travail les oblige à recentrer leur activité vers les

⁶⁸ Actes du colloque sur l'hébergement des travailleurs saisonniers du tourisme, Albertville, 1996, op.cit.

⁶⁹ Conduite à risque, Colloque de Bourg-d'Oisans, 2003, 95p.

⁷⁰ Actes du Forum interrégional alpin sur la pluriactivité et la saisonnalité, Annecy, 2005, 209p.

risques professionnels, et déjà des délégations de tâche vers d'autres professionnels sont envisagées (ingénieur de sécurité intervenant en prévention de risques professionnels, infirmière...).

2.6.2 Les médecins libéraux

L'activité des médecins de montagne subit, elle aussi, la saisonnalité avec des variations brutales : « une haute saison maximale pendant les vacances scolaires, notamment de février, un rythme de travail intense (70 à 80 heures/semaine), 7 jours sur 7, des gardes de nuit 2 à 5 fois par semaine, pendant 12 semaines, suivie par une saison morte où les cabinets peuvent fermer faute de combattants »⁷¹. De ce fait, certains médecins n'ont qu'une activité saisonnière et l'activité médicale est marquée par l'instabilité du système.

En 2007, 60% des 45 médecins des stations visitées par l'antenne de la CDAG exercent en secteur 2 avec honoraires libres, 33% en secteur 1 avec tarif conventionné, et 6% en secteur 3 (médecin non conventionné)⁷².

En Savoie, la densité médicale s'élève à 121 pour 100 000 habitants (versus 109 pour la région Rhône-Alpes, et 115 pour la France métropolitaine⁷³). L'analyse de la démographie médicale des médecins généralistes n'obtient pas un consensus entre les médecins et la Mission Régionale de Santé (MRS). En effet, la MRS a adopté la notion de bassin d'activité⁷⁴ des médecins généralistes en lien avec les bassins de population définis par le biais de l'Inventaire Communal de l'INSEE.

Or, l'association « Médecins de Montagne » attire l'attention sur le fait que la population touristique n'est pas prise en compte.

L'arrêté préfectoral n°2005 RA-134 fixe les zones déficitaires de Savoie en médecins généralistes, les stations visées par le dépistage n'en font pas partie.

71 LEDOUX J.N., La formation continue des médecins de montagne, Mémoire 2005, p3.

72 Source : données CPAM de la Savoie.

73 GEOSANTE, Démographie de la médecine générale en Rhône-Alpes, juin 2004, p18.

74 Définition du bassin d'activité: « territoire au sein duquel les populations se déplacent afin de consulter leur médecin généraliste. Des comportements homogènes en terme d'accès aux soins caractérisent la population du bassin ». Ibidem p 12.

2.6.3 L'espace saisonnier

Appelé aussi « maison des saisonniers », l'espace saisonnier a pour mission de répondre aux besoins des saisonniers en matière d'accueil polyvalent, d'animation, d'information sur les droits, le logement, l'emploi et la santé.

Il favorise les contacts entre saisonniers et employeurs et facilite la vie des saisonniers en station : carte d'adhésion ouvrant droit à une assurance montagne et à des réductions auprès des commerces, aide au remplissage des documents administratifs à fournir....

Il s'appuie sur des partenaires variés : Conseil régional, Conseil général, service public d'emploi, partenaires sociaux, entreprises...

On compte actuellement sept espaces saisonniers portés par différents acteurs: communes, associations (Mission locale des jeunes, association de développement local) ou Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI).

Espace convivial, il remporte un vif succès auprès des saisonniers et apparaît comme un interlocuteur de proximité privilégié auprès des partenaires locaux.

2.6.4 Le guide Touchouss

Document de référence à destination des saisonniers⁷⁵, le guide fédère les partenaires.

Financé sur fond SIDA et paru en 96, il constitue un véritable sésame du saisonnier dans son parcours, en matière d'informations sur le logement, la législation du travail, les droits sociaux, la santé...

Réactualisé chaque année, il se présente sous forme variée et adaptée à la zone géographique ciblée (Tarentaise, Maurienne): le guide « touchouss », le guide « bien vivre ma saison », le guide des saisonniers , le guide « saisonniers, vos droits ne sont pas en vacances » , le guide « ma maison en poche ».

La nécessité de la traduction des guides en langue étrangère est soulevée.

2.6.5 Les ressources en alcoologie

Le massif de la Tarentaise dépend du secteur du Centre de Cure Ambulatoire d'Alcoologie (CCAA) de CH d'Albertville et de Moutiers, et bénéficie de l'aide du réseau Alcoologie en Savoie (REALS). Le massif de la Maurienne est rattaché au CCAA de Chambéry.

Les médecins du travail et des stations pointent la dégradation de l'état de santé des saisonniers et l'augmentation de la problématique alcoolique.

⁷⁵ KOENIG A., Evaluation de l'impact des guides « santé social », Étude, juillet 2000, 91p.

Le personnel de la CCAA d'Albertville apporte une précision au vu de son expérience acquise : tout en considérant que les personnes vues en CCAA n'étant que la partie visible de l'iceberg, si l'arrêt de la consommation en fin de saison pose problème pour les saisonniers habituels, c'est l'alcoolisation massive et l'absence de demande de soins qui prévaut chez les saisonniers occasionnels. Le suivi est rendu difficile par la saisonnalité.

La formation des médecins généralistes selon les recommandations des États généraux de l'Alcool⁷⁶ et lancée en 2005 auprès des généralistes de Savoie, a été peu suivie par les médecins des stations. Le repérage des buveurs excessifs, proposé par la mesure n°15 du plan national de lutte contre l'alcool⁷⁷, avec une stratégie du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB), semble peu ou prou effectué.

2.6.6 Les ressources en toxicomanie

L'Association d'aide aux toxicomanes « le Pélican », créée en 1980 et occupant une place importante dans le partenariat local, porte trois missions : aide aux toxicomanes et à leur famille, information et formation. Elle a mis en place un réseau avec les médecins libéraux, les médecins du travail et les pharmacies, et participe aux diverses actions en faveur des saisonniers. Basée à Chambéry, elle dispose d'antennes à Albertville et Moutiers. Des questions restent en suspens :

- comment répondre au saisonnier ayant besoin d'un soutien sans rompre l'activité professionnelle au regard du rythme de la station et de l'éloignement des stations par rapport aux centres sanitaires de Chambéry, Albertville, Bourg-Saint-Maurice et Moutiers ?
- comment intervenir in situ sans nuire à l'image de la station ?

Depuis cette année, elle a délégué une conseillère en éducation sociale et familiale qui monte en station et s'associe dans la mesure du possible à l'équipe de la CDAG.

2.6.7 Les ressources en santé mentale

Les décompensations semblent s'inscrire préférentiellement dans un cadre de pratiques addictives, et chez des personnalités fragiles. La problématique des délais de prise en charge (un mois à minima, hors contexte aigu) s'associe à celle de la saisonnalité.

La santé mentale ne bénéficie pas de prise en charge structurée en stations: les Centres Médico-Psychologiques de Tarentaise (Albertville, Moutiers et Bourg-St-Maurice) et de Maurienne (St-Jean-de-Maurienne, Modane) dépendants du CH spécialisé de Savoie sont en plaine, et il n'y pas de dispositif en station, ni de filière particulière.

⁷⁶ États Généraux de l'alcool, Rapport de synthèse, 2006, p17-18.

⁷⁷ Ministère de la santé, La prise en charge et la prévention des addictions, plan 2007-2011, p14.

2.7 LE PARTENARIAT

Les multiples actions locales, institutionnelles ou associatives, traduisent l'existence d'un véritable partenariat. Celui-ci s'est élargi à l'échelle régionale et inter-régionale.

Il dispose :

- d'un **Pôle Ressources Régional saison-santé** porté par la Mutualité Rhône-Alpes, en lien avec l'association le Pélican et le groupe santé saisonnier.

Axé sur les thèmes de santé à l'attention des saisonniers du tourisme été-hiver, ce pôle ressources a pour objectif l'échange des expériences de pratiques, de formations, d'informations, d'outils, grâce à un site internet : www.saisonsante.fr et à une lettre mensuelle.

À vocation régionale, il cible la santé des saisonniers du tourisme.

Y participent la Savoie, la Haute-Savoie, l'Isère et l'Ardèche ;

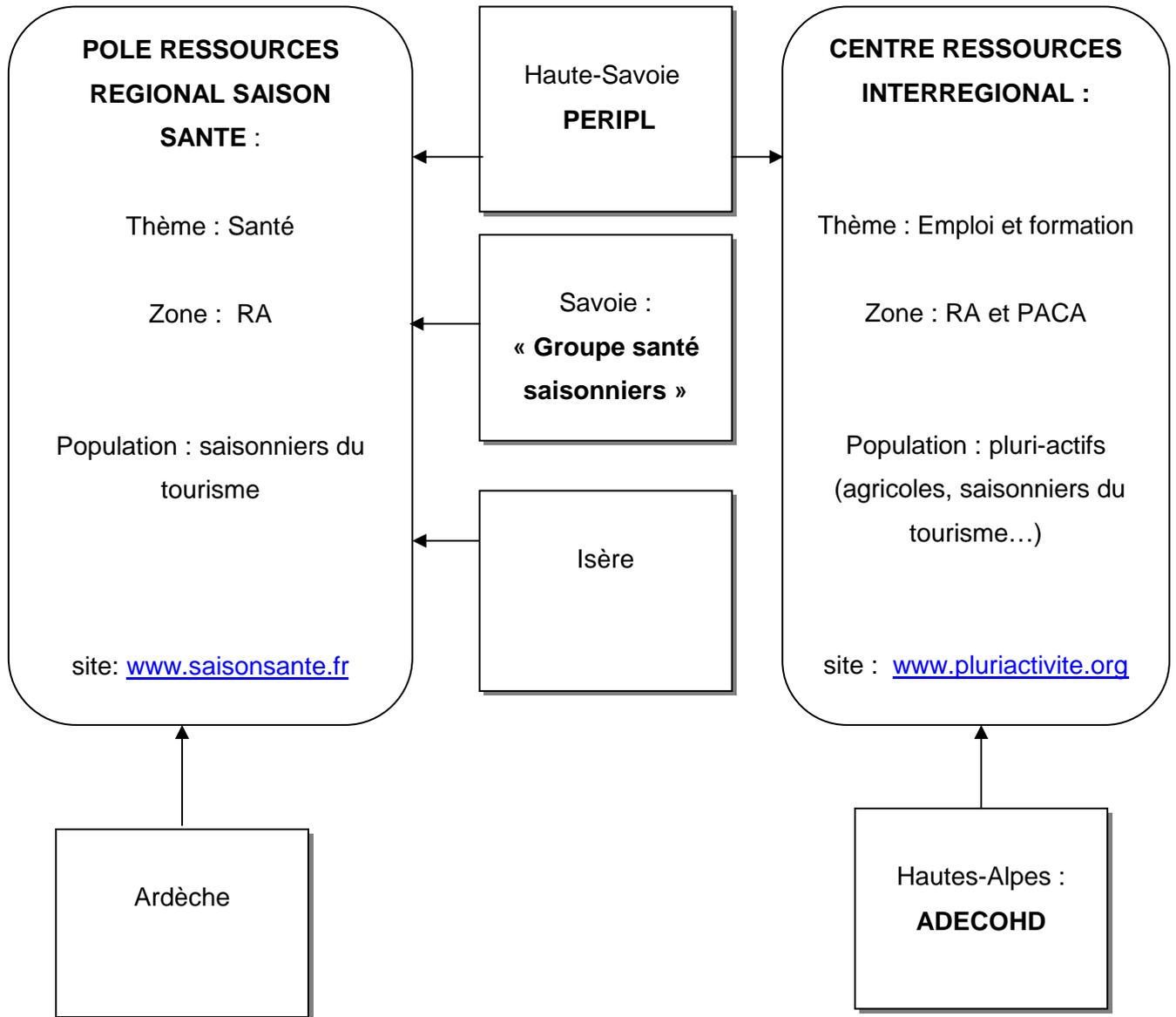
- d'un **Centre de Ressources Interrégional Alpin sur la Pluriactivité et la Saisonnalité** créé en 2003 par le Pôle d'Échange de Ressources et d'Information sur la Pluriactivité : **PERIPL** (situé en Haute-Savoie, et axé sur le droit, l'emploi, les métiers du tourisme et de la pluriactivité) et par l'Association pour le Développement ÉCONOMIQUE de la Haute-Durance : **ADECOHD** (basée à Briançon).

Il anime un pôle ressource pluriactivité et saisonnalité et a pour mission la collecte et la diffusion d'informations, l'appui à la création, la conduite de projets et la capitalisation des expériences.

Il dispose d'un classeur de fiches techniques, d'un site internet : www.pluriactivite.org, et de lettre d'information mensuelle.

Rayonnant sur la région Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), il est plus porté vers l'emploi et la formation des pluri-actifs, dans tous les domaines (agricole, tourisme...).

Schéma n°1 : partenariat régional et interrégional



3 - LE DEPISTAGE DU VIH A L'ATTENTION DES SAISONNIERS

3.1 L'ANTENNE MOBILE S'INSCRIT DANS UN CADRE CONTEXTUEL ET REGLEMENTAIRE

3.1.1 Les 5 repères chronologiques

- L'État développe **en 1988** une politique de dépistage du VIH, basée sur une **démarche volontaire et individuelle**⁷⁸, au sein de CDAG départementale^{79 80}.
- Grâce à l'amélioration du pronostic vital par la trithérapie, la politique de dépistage met l'accent en **1998-99** sur **l'information-conseil** et élargit les missions au dépistage des **hépatites** et maladies transmissibles^{81 82}.
- **En 2000, un référentiel** est élaboré pour rationaliser et améliorer la stratégie des CDAG^{83 84 85} (missions, conditions minimales requises, modalités de bonnes pratiques, règles de fonctionnement).
- **En 2004 :**
 - **la circulaire du 2 août 2004**⁸⁶ prévoit le renouvellement de la désignation des structures des CDAG. Elle incite à intégrer dans leur activité : la lutte contre les hépatites et des IST (syphilis, lymphogranulomatose vénérienne, infections à gonocoques et Chlamydiae) ;

⁷⁸ SHELLY M., Les difficultés de prévention dans un centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit, 2002, p33-35.

⁷⁹ Décret n° 92-691 du 17 juillet 1992 relatif au dépistage anonyme et gratuite du VIH modifiant le décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 autorisant des établissements de santé publics ou privés participant au service public et les dispensaires antivénéériens à assurer ces consultations.

⁸⁰ Article L.3121-2 de la nouvelle codification du CSP modifiant l'article L355.23 du CSP : prévoit une Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) par département.

⁸¹ Circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des CDAG.

⁸² Article L3121-2 CSP : est plus large et introduit la possibilité de lutter contre les autres maladies transmissibles, notamment les hépatites.

⁸³ Décret n°2000-763 du 1^{er} août 2000 : inclue l'habilitation à lutter contre d'autres maladies transmissibles (dont la liste est fixée par arrêté) et les modalités de désignation.

⁸⁴ Arrêté ministériel du 3 octobre 2000 : inclue les cahiers des charges et la liste des IST.

⁸⁵ Circulaire DGS/SD6 A n°2000-531 du 17 octobre 2000 relative aux modalités de désignation et aux missions des CDAG.

⁸⁶ Circulaire DGS/DHOS/SD6A/E 2 n°2004-371 du 2 août 2004 relative aux CDAG.

- parallèlement, la **démarche de recentralisation** prévoit d'une part le rapprochement des dispositifs de l'État et de collectivités territoriales qui portaient, jusque là, les IST⁸⁷ (au sein notamment des Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des IST : CIDDIST), et d'autre part le transfert à l'État des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles au titre de la loi du 13 août 2004^{88 89}.
- **La future COREVIH**^{90 91 92 93}, instance de santé publique regroupant l'ensemble des acteurs repartis en quatre collèges (institutions sanitaires et médico-sociales, professionnels de santé, associations agréées de malades et des usagers du système de santé, et personnalités qualifiées). Elle a pour missions de favoriser la coordination des différents opérateurs dans le domaine de la prévention, du dépistage et des soins, d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge (harmonisation des protocoles et des pratiques), et de favoriser l'analyse médico-épidémiologique⁹⁴.

3.1.2 L'application des textes et règlements en Savoie

La première CDAG de Savoie est créée grâce à l'étroit partenariat de la DDASS, du CH de Chambéry et du réseau ville-hôpital pour la prise en charge du VIH (REVIH 73)⁹⁵, au sein du service des consultations des maladies infectieuses du CH de Chambéry (par arrêté

⁸⁷ Décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 relatif à l'habilitation des établissements et organismes pour les vaccinations et la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les IST.

⁸⁸ Circulaire interministérielle n°DGS/SD5A/SD5C/SD6A/2005/220 du 6 mai 2005 relative à la mise en œuvre du transfert à l'Etat des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les IST.

⁸⁹ Circulaire interministérielle n°DGS/SD5A/SD5C/SD6A/DGCL/2005/342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en œuvre de la recentralisation des activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, les IST et aux orientations pour la négociation des conventions permettant l'exercice de ces activités dans les départements.

⁹⁰ Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de lutte contre l'infection par le VIH.

⁹¹ Circulaire n°DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des COREVIH.

⁹² Arrêté du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des comités de coordination de la lutte contre le VIH.

⁹³ Circulaire n°DHOS/E2/DGS/SD6A/2007/25 du 17 janvier 2007 relative aux modalités de mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.

⁹⁴ L'arrêté du 4 octobre 2006 prévoit l'implantation de 3 COREVIH pour l'inter-région du Sud-est, dont un basé au CHU de Grenoble couvrant le territoire de référence de l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie.

⁹⁵ Dr GOER B. et ROGEAUX O., Pourquoi et comment favoriser le dépistage des saisonniers 1995, p.39.

préfectoral du 19 avril 1988⁹⁶, renouvelé le 19 janvier 1996). L'arrêté préfectoral du 5 novembre 2001 attribue pour une durée de 3 ans un agrément à la CDAG du CH de Chambéry, positionnée comme centre référent départemental, et à ses dix antennes à savoir : **le dépistage itinérant dans les stations de sport d'hiver (antenne mobile)**, le Centre d'Orthogénie et de Planification du CH de Chambéry, le Centre pénitentiaire d'Aiton, la Maison d'Arrêt de Chambéry, l'antenne de St Jean de Maurienne, l'antenne d'Albertville, le Centre Hospitalier d'Aix Les Bains, le Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) du département, l'antenne du Pélican, et l'antenne de l'Espace Solidarité. Le dernier arrêté préfectoral, pris le 19 janvier 2006, régularise de manière rétroactive l'agrément de la CDAG pour une durée de 3 ans à compter du 1 août 2004.

La CDAG fait partie des 180 CDAG hospitalières sur les 276 CDAG recensées en France en 2005.

Un « **espace de santé publique** » est ouvert le 1^{er} janvier 2006. Il porte les missions de vaccinations (internationales comprises), de lutte contre la tuberculose, les IST, la lèpre, la rage, et un pôle de surveillance et d'intervention autour des maladies infectieuses.

3.2 LES POLITIQUES DE SANTE EN FAVEUR DU VIH-HEPATITES-IST

3.2.1 Le Plan national de lutte contre les hépatites 2002-2005

Il met l'accent sur les risques sexuels et sur l'intérêt de la vaccination contre l'hépatite B

3.2.2 Le Programme national de lutte contre le VIH / SIDA et les IST 2005-2008

Il préconise, en matière de politique publique :

- la nécessité de pratiquer un dépistage précoce, auprès des populations prioritaires ;
- il favorise la cohérence du dépistage VIH-IST-Hépatites dans les groupes à risques (homosexuels, personnes cumulant les risques sexuels).

Il identifie cinq domaines d'intervention : la prévention, le dépistage, les soins, le soutien et l'accompagnement et le pilotage global.

La politique de dépistage vise à maintenir le dispositif des CDAG et à favoriser le conseil de prévention afin que le dépisté séronégatif puisse le rester, et que le dépisté positif puisse être pris en charge le plus tôt possible.

⁹⁶ Arrêté préfectoral du 19 avril 1988 désignant la 1^oCDAG du Département de Savoie, et arrêtés préfectoraux du 19 janvier 1996, 5 novembre 2001, et 1^{ier} août 2004 renouvelant l'agrément.

3.2.3 Le Conseil National du SIDA

Il s'agit de recommandations d'experts indépendants ⁹⁷:

- les CDAG sont essentielles en terme de dépistage et bénéficient de moyens, or elles ne représentent que 6% des tests : le dépistage doit être proposé plus systématiquement dans d'autres structures. Il y a lieu de banaliser la proposition de test lors des bilans de santé, surtout sur les territoires où la prévalence est forte ;
- le counseling : Selon l'Association Française de Counseling dans l'Approche Centrée sur la Personne, il consiste à « apporter une aide, une facilitation, une médiation à un groupe ou une personne dans son contexte propre »⁹⁸. C'est une stratégie qui amène la personne à réfléchir sur sa prise de risque afin de l'inciter à une modification de comportement si besoin. Il doit être fait par un médecin lors de la consultation, mais pourrait être externalisé et effectué par un infirmier ou une personne expérimentée (d'une association de lutte contre le VIH par exemple).

3.2.4 Le Programme Régional de Santé Publique

Si le ministère de la santé invite les DRASS des régions où l'épidémie SIDA est importante, à inscrire dans leur PRSP un volet prioritaire SIDA, le PRSP de Rhône-Alpes ne réserve pas d'axe spécifique (à titre indicatif : taux de prévalence 2005 en Rhône-Alpes = 49/1 000 000 h pour une moyenne nationale de 62,4).

Le SIDA apparaît en filigrane dans les 3 axes : réduction des inégalités, prévention et dépistage, et prise en charge.

Le dépistage est donc visé par l'axe 2 : « réduire les facteurs de risque majeur de mortalité et de morbidité par la prévention primaire et développer le dépistage ».

3.3 LES RESSOURCES POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH-HEPATITE

- **REVIH- STS** : il s'agit d'un réseau ville hôpital résultant de la fusion en 2005 du réseau REVIH 73 et de l'association STS : Savoie Toxicomanie Santé,
- Le **CRIPS**: il est rattaché au CRAES, et membre de l' Espace Régional de Santé Publique » (ERSP) au même titre que l'ORS et la Société Régionale de Santé Publique (SRSP).

⁹⁷ ROZEMBAUM W., Rapport, Evolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France, 22p.

⁹⁸: Définition disponible sur site www.geocities.com/afcacp, visité le 20 juin 2007.

3.4 L'ANTENNE MOBILE DE LA CDAG DE SAVOIE

Elle a été mise en place depuis l'hiver 1994-1995⁹⁹ ¹⁰⁰. Le dépistage s'échelonne sur la saison hivernale, dans 8 stations de ski de la vallée de la Tarentaise et 3 de la vallée de la Maurienne.

3.4.1 Les missions

Elles recourent certaines missions de la CDAG : accueil et entretien individuel d'information et de conseil, dépistage, prévention des conduites à risques, accompagnement des personnes dans la prise en charge médico-socio-psychologique, travail de coordination avec les associations locales, les usagers, les réseaux impliqués dans la santé publique.

L'antenne mobile participe aux journées d'accueil des saisonniers.

Les autres missions de la CDAG (gestion, formation, éducation, recherche, évaluation,...) et notamment les missions à l'attention des autres publics que les saisonniers ne lui sont pas dévolues.

3.4.2 Les moyens de fonctionnement

Le personnel de l'antenne mobile

La CDAG fonctionne dans sa totalité avec 1,8 équivalents temps plein (ETP) de médecin, plus une vacation médicale hebdomadaire, 0,25 ETP de sage-femme, 3 ETP d'infirmier diplômé d'État (IDE), et 1,5 ETP de secrétaire, Le personnel de l'antenne mobile est prélevé sur ce contingent, complété par les biologistes libéraux et les élèves infirmiers volontaires.

Le partenariat

L'antenne repose sur un partenariat riche mais fragile car « personne-dépendant » :

- d'une part, les partenaires de niveau départemental : le réseau ville-hôpital REVIH-STIS, la DDASS, la Mutualité de la Savoie, l'association le Pélican, les services de santé au travail, l'hôpital de Bourg-Saint-Maurice, les laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) et l'Institut de Formation aux Soins Infirmiers (IFSI) ;

⁹⁹ Rapports annuels d'activité de la CIDAG (CIDDIST) du CH de Chambéry.

¹⁰⁰ NATURALE N., Dépistage précoce de l'infection VIH, Thèse, 2002, 89p.

- d'autre part, les partenaires des stations de ski (mairies, espaces des saisonniers, foyers-logements, Club Méditerranée, Union des Centres de Plein Air (UCPA), radio locales, offices du tourisme ...)

Les locaux

Dans chaque station, il y a un site référent de dépistage, associé éventuellement à un (des) site(s) secondaire(s) réservé(s) à des structures spécifiques: UCPA, Club Méditerranée....

Ainsi, l'antenne mobile intervient sur 26 sites dans les 11 stations.

Le tableau en annexe ¹⁰¹ précise le partenariat en ce qui concerne l'attribution des locaux.

Ceux-ci sont souvent mal appropriés (salle commune, chambre d'hébergement..) et ne sont pas adaptés aux modalités pratiques de prélèvement (prélèvement urinaire nécessitant des toilettes).

On constate un investissement relativement modéré des collectivités territoriales.

3.4.3 L'organisation de la saison de dépistage

L'antenne mobile fonctionne de janvier à mars, à raison d'un dépistage par semaine (le mardi pour la Tarentaise et le jeudi pour la Maurienne) ¹⁰².

A l'automne de l'année « n - 1 », une réunion préparatoire permet de repositionner le cadre institutionnel du dépistage (anonyme, gratuit, basé sur le volontariat), les connaissances médicales, les choix des dates et lieux de dépistage. Une information est adressée en interne aux services administratif (direction) et technique (garage) du CH de Chambéry, et en externe à l'IFSI (information et appel à candidature auprès des élèves infirmiers), aux mairies, et aux services de santé au travail. La liste des partenaires respectifs des stations de ski est remise à jour. Le calendrier est diffusé dans le guide Touchouss.

Dès l'ouverture de la saison hivernale, l'information est diffusée :

- par courrier : aux médecins (libéraux et du travail), pharmaciens, IDE libéraux, kinésithérapeutes, mairies, offices du Tourisme, club de vacances, hôtels, hôtels-restaurants, discothèques, écoles de ski, Sociétés de remontées mécaniques, Sociétés de sécurité des pistes et commerces, soit environ mille lettres envoyées au fur et à mesure du déroulement du calendrier ;
- par téléphone avec les directeurs de centres de vacances pour recevoir l'équipe ;
- par voie des radio locales ;

¹⁰¹ cf. Annexe n° III. : Organisation du dépistage du VIH par l'antenne mobile de la CDAG du CH de Chambéry en stations de ski, en 2007.

¹⁰² Procédure de fonctionnement du dépistage itinérant, 2006, CIDDIST de Chambéry.

- par le guide Touchouss.

Chaque station est destinataire de grandes affiches A3 en couleur et d'affichettes.

Une feuille de route est élaborée, précisant le lieu, la date, le nombre et la qualité des intervenants, les horaires, le nom et téléphone des « personnes-relais » sur place, les moyens nécessaires.

La formation des équipes est assurée en interne par les membres de la CDAG. Pour les saisons 2006/2007, 2 heures de formation ont été dispensées en novembre 2006, à toute l'équipe de la CDAG, et consistait en une remise à jour des connaissances du VIH.

3.4.4 Les modalités du dépistage

L'antenne est ouverte toute la journée, de 10H à 19H environ.

Le dépistage est scindé en deux temps.

Un 1^{er} temps destiné au dépistage proprement dit :

- l'accueil (sans rendez-vous) et l'enregistrement anonyme. Un questionnaire « fiche d'accueil » est renseigné (il est saisi, mais non analysé).
- l'entretien avec le médecin qui s'informe des pratiques (sexuelles, piercing, tatouage, cas d'hépatite ou de VIH dans l'entourage) et détermine le niveau de prise de risque et décidera des examens de dépistage à effectuer :
 - pour le VIH : test Elisa (et Western-Blot en confirmation), antigénémie p24 en cas de suspicion de primo-infection ;
 - pour le VHB : recherche de l'antigène HBs (en respect de la circulaire¹⁰³, et signe d'une maladie en cours), AC anti-HBc (marqueur du contage) et AC anti HBs (pour les sujets à risques, sérologie proposée en principe une seule fois pour savoir s'ils sont protégés ou guéris) ;
 - pour le VHC : test Enzyme-linked ImmunoSorbent Assay (ELISA) ;
 - pour la syphilis : Treponema Pallidum Hémagglutination Assay (TPHA) et Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) ;
 - pour chlamydiae (sur Tignes uniquement) : prélèvement urinaire chez l'homme, auto-prélèvement chez la femme (par écouvillonnage sur tube sec).
- la prise en charge par l'infirmière qui assure le prélèvement sanguin et optimise la consultation en matière de relation « soignant-dépisté », de sensibilisation, d'information et de contrôle de compréhension des messages donnés.

Les examens de laboratoire sont effectués par trois laboratoires privés liés par convention au CH. Le test sera confirmé positif si le deuxième prélèvement aboutit à un autre test positif,

¹⁰³ Circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998, op.cit.

conformément à la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993¹⁰⁴. Les analyses pour la recherche de chlamydiae sont effectuées au laboratoire du CH de Chambéry (à titre expérimental).

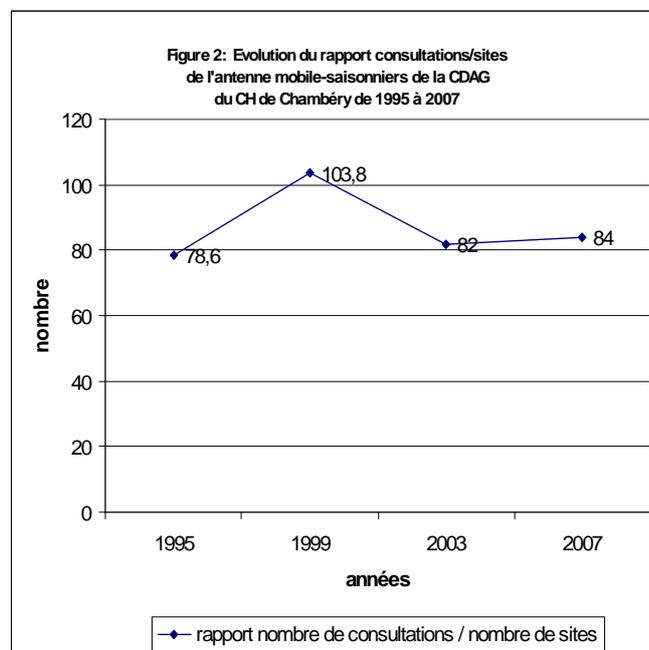
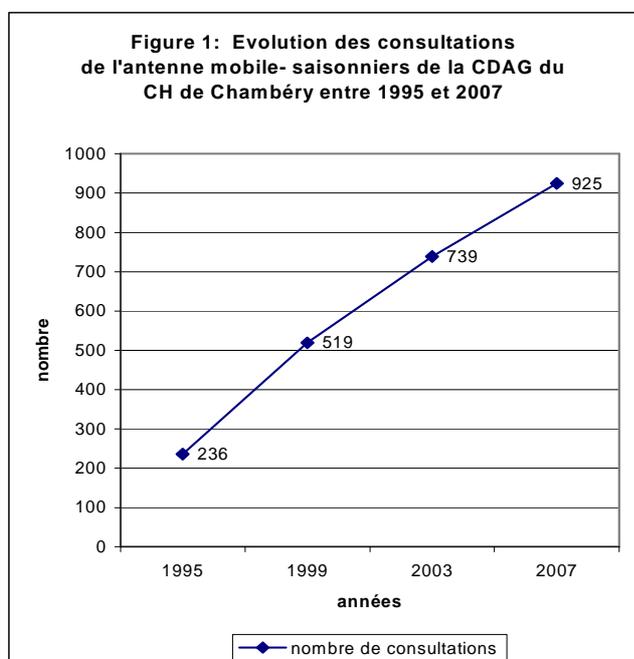
Un 2^e temps de restitution des résultats, est réalisé 7 jours plus tard, de façon confidentielle, en mains propres par un personnel formé (médecin ou infirmière). Ce rendu est accompagné de counseling.

3.4.5 L'activité

L'activité de l'antenne mobile a connu un fort développement depuis sa création, d'une part en raison de l'ouverture de nouveaux sites, d'autre part en raison de nouvelles activités de dépistage : hépatite C (98), hépatite B (2000), syphilis (2004) et chlamydiae (2007).

Tableau I : Consultations de l'antenne mobile de la CDAG du CH de Chambéry, de 1995 à 2007, en stations de ski de Savoie

années	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
consultation	236	715	469	532	519	635	694	674	739	701	722	851	925
Nombre de site	3	5	5	5	6	9	9	9	9	9	10	10	11
Nbre consultations / Nombre site	78,6	143	87,8	106,4	103,8	70,5	77,1	74,8	82	77,8	72,2	84,9	84



¹⁰⁴ Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures dont la confirmation en cas de test positif à partir d'un nouveau prélèvement.

Cette année, l'intervention concomitante d'un dermatologue à la Plagne, pour un dépistage du cancer de la peau, a créé une véritable synergie, doublant pratiquement le nombre de consultations dans cette station¹⁰⁵ (132 en 2006, 230 en 2007).

Le résultat de l'intervention de la conseillère familiale et sociale de l'association le Pélican, (sur plusieurs stations) est moins patent.

Le dépistage des chlamydiae n'a été effectué que sur Tignes (à l'Espace des saisonniers) compte tenu de la nécessité d'un accès aux toilettes.

3.4.6 Les résultats d'activité

Tableau II : Résultats d'activité 2007 de l'antenne mobile de la CDAG du CH de Chambéry en stations de ski de Savoie.

AC= Anticorps, Ag= antigène

VIH		VHB						VHC		VDRL / TPHA		Chlamydiae	
		Ag HBs		Ac anti-HBc		Ac anti-HBs							
Total = 924		Total = 495		Total = 495		Total = 871		Total = 716		Total = 27		Total = 63	
-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+
924	0	494	1	487	8	264	607	714	2	26	1	61	2

Au cours de la saison 2007:

- aucune sérologie positive au VIH n'a été dépistée sur les 924 sérologies effectuées.
- parmi les résultats des sérologies du VHB, on note une hépatite chronique (Ag HBs et AC anti-HBc), 2 hépatites anciennes guéries (AC anti-HBc et AC anti-HBs), et 2 cas porteurs d'AC anti-HBc isolés (sans IgM) sur les 495 sérologies d'Ag HBs ;
- 2 sérologies VHC se sont révélées positives sur les 716 effectuées ;
- une sérologie TPHA-VDRL est positive sur les 27 sérologies syphilitiques;
- 2 dépistages ont été rendus positifs pour les chlamydiae sur les 63 tests pratiqués.

925 counseling ont été effectués correspondant au nombre de consultants ayant fréquenté l'antenne mobile.

L'antenne mobile n'effectue pas de vaccination.

¹⁰⁵ Cf. annexe n° IV: Activité de l'antenne mobile de la CDAG du CH de Chambéry, dans les stations de ski de Savoie, de 1995 à 2007.

A titre indicatif :

- pour la saison 2006, ont été effectués : 850 tests VIH (tous négatifs), 735 tests VHC (dont 2 VHC +), 413 VHB (dont 1 Ag HBs +) et 20 tests syphilis (tous négatifs) ;
- pour la saison 2005, aucun test positif de VIH, VHC et VBH.

3.4.7 Le suivi épidémiologique

Il ne relève pas de l'antenne mobile mais de la CDAG

Le suivi épidémiologique de la CDAG prévoit, deux recueils d'activité :

- un bilan d'activité trimestriel adressé à la DDASS portant sur le volume d'activité ;
- un bilan d'activité annuel des CDAG adressé à l'InVS.

Ce double recueil a généré une confusion parmi les partenaires. L'InVS signale le retour très faible d'informations de la part de la DDASS de Savoie et l'arrêt de précisions de l'activité de l'antenne mobile dans l'activité générale de la CDAG du CH de Chambéry depuis 2001.

3.4.8 Le financement.

Au niveau de la gestion des crédits régionaux de l'État, le SIDA est une des sous-actions du programme LOLF « santé publique et prévention » représentant 29% de l'enveloppe globale.

Depuis la politique d'ouverture du CH de Chambéry vers la santé publique et la prévention, une enveloppe financière permettant le fonctionnement de l'espace de santé publique, est issue des crédits de la recentralisation, dans le cadre d'une convention financière signée le 30 novembre 2006 entre l'État et le Centre Hospitalier. Cette enveloppe s'élève à 770.000 euros et est réservée pour l'ensemble des missions recentralisées.

Le fléchage de crédits spécifiques à la CDAG et à fortiori de l'antenne mobile n'existe pas.

4 - L'ANALYSE

Elle cherche à apporter, au travers des entretiens et du questionnaire, des réponses aux deux hypothèses posées au départ, à savoir:

- l'antenne mobile de la CDAG accueille réellement la population des saisonniers ;
- l'antenne mobile est utilisée pour un motif en lien avec ses missions (stratégie globale de prévention, orientation et prise en charge des séropositifs, et prise en charge des Infections sexuellement transmissibles (IST).

4.1 LES RESULTATS DES ENTRETIENS

Les entretiens, nombreux mais nécessaires, ont permis :

- de conforter la spécificité et l'originalité du dépistage itinérant ;
- d'aborder la complexité du portage des politiques de prévention selon les différents niveaux départemental, régional et national et l'intrication des différents plans de santé publique ;
- d'aborder la complexité du partenariat local et de la place des différentes institutions ;
- d'identifier les problématiques des saisonniers sur chaque volet : logement, travail et santé, et d'enrichir la présentation faite en deuxième partie du mémoire ;
- de comprendre la mise en place, le fonctionnement de la CDAG et de son antenne mobile, ainsi que sa place dans le dispositif général.

Par contre, ils n'ont pas permis, à eux seuls, de confirmer ou infirmer les hypothèses.

Cependant, il est intéressant d'analyser les différentes architectures de partenariat en fonction des départements alpins limitrophes, dans le dispositif de prévention/dépistage du VIH :

L'émergence des problématiques est différente dans le temps, en intensité et selon les départements. De manière schématique, le dépistage du VIH est porté :

- en Savoie par le CH de Chambéry en lien avec le réseau saison santé ;
- en Haute-Savoie, par le Conseil général ;
- en Isère, dans le cadre d'un partenariat Conseil général – Hôpital.

L'antenne mobile de dépistage itinérant de la Savoie a longtemps été considérée comme un modèle par ses voisins.

Outre son antériorité, elle se démarque par une stratégie d'action centrée sur le dépistage seul, par la multiplicité des sites et par la logistique de la mise en œuvre facilitée grâce à un riche partenariat élaboré au fil du temps.

Elle cumule cependant quelques points faibles : les outils utilisés manquent d'interactivité, la communication n'est pas perçue comme optimale par les partenaires, et le suivi est peu performant (fiches d'accueil renseignées, saisies mais non analysées, données peu exploitées en interne, données de l'antenne non intégrées aux données de la CDAG transmises à l'InVS),

En Haute-Savoie¹⁰⁶, les actions de dépistage des CDAG sont menées dans une approche globale, positionnant les saisonniers au centre du dispositif. Les interventions s'inscrivent dans des actions collectives « journées santé » à géométrie variable selon les massifs, avec l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), l'Association de réhabilitation des toxicomanes (APRETO) et l'association « Lac d'Argent », le Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CEPF), la cellule d'accueil saisonnier, l'ADESS (Tabac, nutrition), la Mutualité de Haute-Savoie...

Ce collectif départemental porté par l'association le « Chalet du Thianty », se voit renforcé par une dynamique départementale pilotée par le préfet et construite autour d'un groupe de travail mené par les trois directeurs départementaux (de la santé, du travail et de l'équipement). Des objectifs ambitieux sont affichés: élaboration de programmes d'action portant sur les trois thématiques (santé, travail, logement), élaboration d'une charte à vocation interministérielle d'engagement réciproque entre les employeurs et salariés saisonniers, ouverture du dialogue entre partenaires sociaux.

Cependant, le partenariat en station reste fragile, la couverture de dépistage peu homogène (Vallée de l'Arve non couverte) et les espaces saisonniers rares (2).

En Isère¹⁰⁷:

La CDAG du Conseil général bénéficie du soutien d'un « collectif santé-saisonnalité en Oisans ». Ce collectif, créé en 2003 et coordonné par la Mutualité, réunit notamment l'ODPS (apportant une aide méthodologique et une impulsion précieuses), l' ADESSI (porteur sur le terrain en terme d'information, de communication, de mobilisation, d'évaluation, de restitution des résultats), le réseau ville-hôpital Prométhée (hépatite)...

¹⁰⁶ DEVEAUX B., Enquête sur les travailleurs saisonniers d'hiver, Chalet du THIANTY, 2005, 60p.

¹⁰⁷ Rapport d'activité de l'ADESSI, Année 2005, p 49-51.

Un dépistage avait été mis en place dans la ville de Bourg d'Oisans, distante d'une dizaine de kilomètres des stations de ski. Faute de saisonniers, il a été déplacé depuis deux ans en station (Alpe d'Huez et aux Deux Alpes) à l'aune de l'expérience savoyarde.

Il bénéficie du partenariat de la médecine du travail et du concours de « saisonnier-relais », originalité mise en place par l'ADESSI (travailleur saisonnier sous contrat avec cette association et ayant pour mission de diffuser l'information auprès des partenaires et des saisonniers).

Le dépistage remporte depuis des résultats jugés encourageants par les promoteurs.

Comme pour la Haute-Savoie, les actions visent une approche globale de la santé.

Des questions communes aux trois départements restent ouvertes :

- comment améliorer l'ancrage local et le lien avec les élus en mesurant leur rôle prépondérant?
- comment gérer la divergence des intérêts : action de prévention pour les uns, enjeux économiques pour les autres (vente d'alcool...), et du milieu festif des stations ?

Afin de répondre aux hypothèses, nous avons eu recours à des données quantitatives par le biais du questionnaire.

4.2 LES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

Nous présenterons les résultats du questionnaire joint en annexe II, en abordant successivement les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée, la répartition de la population de la CDAG selon l'activité, la description des circonstances de la consultation selon les patients et selon les médecins.

Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Age	Moy ± E.T	Médiane	Mode	Min-Max
	27,6 ±7,36	25	25	18-61

Variable	Effectif	%
Sexe (n = 539)		
• Homme	290	53,8
• Femme	249	46,2

Résidence habituelle (n = 539)		
• Sur place	57	10,6
• Département	29	5,4
• Région Rhône-Alpes	73	13,5
• Ailleurs en France	293	54,4
• Étranger	60	11,1
• Sans domicile fixe	27	5

Assurance complémentaire (n = 536)		
• Oui	451	84,1
• Non	63	11,8
• Ne sait pas	22	4,1

Selon le tableau III, la population fréquentant la CDAG est relativement jeune : la moyenne d'âge égale à 27,6 ±7,36 (écart-type), avec une médiane et un mode égal à 25 (la distribution est d'allure unimodale). Les valeurs oscillent entre un minimum de 18 ans et un maximum de 61 ans.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes (53,8% contre 46,2), soit un sex-ratio de 1,16. La majorité des consultants (54,4%) viennent d'une autre région de France que la région Rhône-Alpes (13,5%). Les savoyards représentent 5,4% des consultants, et les personnes de la station 10,6%. On note qu'il y a 11,1% d'étrangers.

Ils sont couverts à 84,1% par une assurance complémentaire.

Tableau IV : Répartition de la population de la CDAG selon l'activité

Variable	Effectif	%
Travailleurs saisonniers (n = 539)		
• Oui	498	92,4
• Non	41	41
<hr/>		
Activité (n = 510)		
• Hôtellerie, restauration	231	45,3
• Métier de la neige	78	15,3
• Commerces	67	13,1
• Tourisme	70	13,7
• Services techniques, entretien	31	6,1
• Autres*	33	6,5
<hr/>		

Le tableau IV montre que :

- la quasi totalité des consultants sont des travailleurs saisonniers (92,4%).
- près d'un consultant sur deux (45,3%) travaille dans le secteur de l'hôtellerie-restauration. Les autres se répartissent dans les métiers de la neige (15%), du commerce (14%), du tourisme (14%) et les services techniques et entretien (6%).

* **Autres activités :** (n=24)

Sont cités dans « autres activités »: 1 administratif, 1 chauffeur, 1 employé de crèche, 1 décorateur, 1 étudiant, 3 gardes d'enfants, 1 gestionnaire, 2 infirmiers, 1 employé de mairie, 1 médico-social, 1 paysagiste, 1 employé de pharmacie, 1 policier, 1 chômeur, 3 employés, 1 service à personne, 1 employé du social, 2 employés de spa.

Tableau V : Description des circonstances de la consultation selon les patients

Variable	Effectif	%
Connaissance de la CDAG (n = 533)		
• Par les amis	112	21
• Par les médias et guides	248	46,5
• Par le médecin du travail	24	4,5
• Par le médecin traitant	4	0,7
• Par l'employeur	133	25
• Autres	12	2,3
Autre connaissance de la CDAG: (n = 5) CDAG (1), E-mail (1), hasard (3)		
Motif de venue : (n = 538)		
• Dépistage SIDA/Hépatite	513	95,4
• Information	14	2,6
• Consultation	10	1,8
• Autres	1	0,2
Autre motif de venue : (n = 2) IST (1), problème de foie (1)		
Venez-vous pour la 1^o fois : (n = 537)		
• Oui	388	72
• Non	149	28
Si non, nombre de fois? (n = 121)		
• 1 fois	39	32,2
• 2 fois	38	31,4
• 3 fois	20	16,5
• 4 fois	8	6,6
• 5 fois	6	5
• 6 fois	1	0,8
• 7 fois	1	0,8
• 8 fois	0	0
• 9 fois et plus	8	6,6

On constate que les médias et guides sont de bons vecteurs d'information de la connaissance de la CDAG (46%). Les amis et les employeurs sont aussi des relais intéressants (21 et 25%).

Par contre, les médecins du travail et médecins traitants ne représentent que 4,5 % et 0,7%.

Le motif de venue est à 95,4% le dépistage du SIDA/hépatite et 2,6% une information sur le VIH/hépatite. La demande de soins est anecdotique (10 cas soit 1,8%).

Deux d'entre eux ont précisé leur demande : IST et problème de foie.

Presque ¾ d'entre eux viennent pour la 1^o fois (388 cas).

Tableau VI : Description des circonstances de la consultation selon les médecins

Variable	Effectif	%
Motif de consultation : (n = 537)		
• Dépistage	506	94,2
• Information	6	1,1
• Recours médical	23	4,3
• Autre	2	0,4
<hr/>		
Autre motif : (n = 2) IST sérologie chlamydia (1), dépistage IST (1).		
<hr/>		
Recours : (n = 23)		
• Avis médical	12	52,2
• Soins	0	0
• Consultations	7	30,4
• Renouvellement ordonnance	3	13
• Certificat	1	4,3
<hr/>		
Réponse à la demande du patient sollicitant un recours: (n = 23)		
• Oui	21	91
• Non	2	9
<hr/>		

Le dépistage du VIH/Hépatite est bien le motif de consultation constaté par le médecin à 94,2%, la consultation médicale reste effectivement en marge (4,3%).

Parmi les 23 personnes ayant sollicité un recours médical, la moitié des cas concerne un avis médical, et seulement 7 cas une consultation.

Quand il y a eu un recours médical, les médecins estiment que leur réponse a satisfait à la demande du patient dans 91 % des cas.

Le tri à plat apportant les éléments complémentaires suffisants pour répondre aux hypothèses, nous pouvons ouvrir la discussion.

5 - LA DISCUSSION ET LES PRECONISATIONS

Ce travail réalisé dans un temps imparti avec des moyens d'investigation contraints, présente un certain nombre de limites.

5.1 Les limites

5.1.1 Limites du questionnaire

Le questionnaire ne porte que sur les stations de la Savoie visées par le dépistage itinérant, et sur les personnes qui se sont présentés à la CDAG.

Nous n'avons pas étudié la demande de dépistage exprimée en dehors de la CDAG compte tenu :

- de l'intensité de la charge de travail en saison des médecins de station, et de leur difficulté à se rendre disponible pour une telle étude ;
- de l'impossibilité d'identification des saisonniers auprès des laboratoires d'analyses de biologie médicale.

5.1.2 Limites de l'étude

Le turn-over du personnel de la DDASS 73 (MISP, Inspecteur, secrétaire,...) entraîne un problème de continuum de l'information du dossier des saisonniers et a engendré des réelles difficultés pour avoir les informations nécessaires. Ces difficultés ont été contournées grâce à la collaboration des partenaires.

Les neuf autres antennes de la CDAG n'ont pas été incluses dans le périmètre de cette étude, afin de pouvoir centrer l'étude sur le dépistage à l'attention des saisonniers.

La présentation des pathologies SIDA et hépatites n'a pas été abordée, n'apportant pas de réelle plus-value à l'étude.

Le questionnaire n'explore pas les pratiques de counseling et d'orientation vers la vaccination.

5.1.3 Limites de l'analyse

Le nombre des saisonniers n'étant pas connu avec précision, ni leur répartition par station, il n'a pas été possible de se référer à une population témoin de saisonniers pour établir des comparaisons entre ceux qui ont fréquenté la CDAG et les autres.

Au vu des résultats de l'analyse du questionnaire et des entretiens, et compte tenu des limites définies ci-dessus, des réponses aux questions posées en introduction se précisent.

5.2 CE DISPOSITIF REpond-IL A SES MISSIONS, EN TERME DE SANTE PUBLIQUE ?

5.2.1 L'antenne mobile de la CDAG accueille-t-elle les saisonniers ?

- Oui, par une dynamique de proximité, elle atteint bien son objectif puisque 92,4% des consultants sont bien des saisonniers.

5.2.2 La population accueillie utilise-t-elle la CDAG pour un motif en lien avec le VIH ?

Oui, l'antenne répond bien à ses missions de dépistage : 98% des consultants viennent pour dépistage et information. La consultation pour soins reste anecdotique. Le médecin responsable de la CDAG perçoit différemment la demande, ce qui mériterait une analyse plus fine de la demande de recours aux soins.

5.2.3 L'antenne mobile permet-elle d'inclure le dépistage dans une stratégie de prévention?

L'antenne mobile, par sa **démarche de proximité** permet d'atteindre la population étiquetée comme précaire et c'est là, certainement son plus grand intérêt. Elle est une illustration de la promotion de la santé prônée au niveau international (Charte d'OTTAWA de 1986¹⁰⁸, Charte de BANGKOK de 2005¹⁰⁹) et national (ministériel et régional). Elle confirme, comme l'expérience de l'Isère, l'intérêt de la stratégie privilégiant les expériences « hors les murs », Elle représente une porte d'entrée dans le tissu sanitaire par sa gratuité et son anonymat, mais est-elle suffisante?

Cependant, le **counseling** doit être repensé :

- la prise en compte de la problématique des pratiques addictives et de la santé mentale est incomplète ;

¹⁰⁸ Charte d'OTTAWA pour la promotion de la santé, 1986, OMS, disponible sur Internet : http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827_2?langage=french.

¹⁰⁹ Charte de BANGKOK, pour la promotion de la santé, 2005, OMS, disponible sur Internet : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf.

- l'évaluation du counseling afin de mesurer son impact en terme de changement de comportements à risque est difficilement évaluable compte tenu du caractère très mouvant des saisonniers.

Ces insuffisances peuvent trouver une explication :

- dans la cadence de travail de l'équipe. En effet, la moyenne de personnes dépistées par personnel médical par jour est égale à 44 (médecins et biologistes cumulés) ;
- dans le temps de la consultation contraint par les temps de pause limités dont disposent les saisonniers pour venir consulter ;
- mais aussi par l'insuffisance de suivi en matière d'alcoologie et l'absence de filière de prise en charge pour la santé mentale.

5.2.4 L'antenne mobile dépiste-t-elle les séropositifs parmi les saisonniers pour les orienter vers la prise en charge ?

Si on se réfère au nombre de dépistage positif en 2007 (nul pour le VIH, quelques traces d'infections d'hépatite B et C, une sérologie de syphilis positive, 2 dépistages positifs pour les chlamydiae), il est légitime de s'interroger sur la pertinence d'un tel dispositif de dépistage.

Le VIH circule-t-il réellement dans les stations de ski ?

Les saisonniers présentent-ils une population à faible risque pour le VIH?

Vise-t-on réellement les saisonniers qui présenteraient un risque élevé?

Or, les différentes études citées pointent, chez les saisonniers, le multipartenariat et la prise de risque majoré par la consommation d'alcool et de pratiques addictives.

Cependant les délais de latence de séropositivité imposent une prudence dans l'interprétation compte tenu de l'anonymat, de la saisonnalité et de la résidence habituelle hors de la région Rhône-Alpes pour 54,4% des saisonniers dépistés, rendant impossible tout suivi de dépistage.

L'intérêt de l'antenne mobile est alors :

- de promouvoir des comportements favorables pour que le sujet reste séronégatif,
- d'ouvrir son activité vers d'autres champs de santé publique, en considérant que la fréquentation des saisonniers est une opportunité à saisir, en accentuant l'information et la prévention primaire avec d'autres partenaires, sur les champs prioritaires de l'addictologie, de l'alcool et de la santé mentale.

Cependant l'antenne doit rester identifiée comme lieu de dépistage pour rester attractive et répondre à la préoccupation première des consultants.

5.2.5 L'antenne mobile intègre-t-elle les nouvelles missions des CDAG ?

Le rapprochement du dépistage VIH et IST, objet de la réforme de recentralisation de la loi du 13 août 2004 n'est pas uniformément opérationnel :

- l'espace de santé publique au CH de Chambéry dispose des conditions techniques nécessaires. Sa création représente une véritable reconnaissance de la prévention au sein d'un établissement de soins et favorise la création d'un lien entre ces deux champs, jusque là cloisonnés,
- en revanche, l'antenne mobile ne dispose pas de locaux de consultations adaptés à l'examen clinique et paraclinique des IST.

5.2.6 L'analyse du dispositif général

La réflexion sur la prise en charge sanitaire des saisonniers, et en particulier sur le dépistage du VIH, ne peut s'affranchir d'une analyse plus générale du contexte local.

La territorialisation de l'antenne : la CDAG ne couvre que 11 stations de ski sur les 60 de la Savoie.

Même si on ne peut pas évaluer actuellement avec exactitude les besoins et la façon dont la CDAG y répond, on peut penser qu'il y a une marge de progression pour couvrir ces besoins de façon plus adaptée : on estime le chiffre de saisonniers à 36 000. Dans cette hypothèse, les 925 saisonniers vus à la CDAG en 2007 ne représenteraient que 2,5% des saisonniers.

Le PRSP n'a pas retenu comme priorité la lutte contre le VIH-SIDA, contrairement à la politique nationale l'identifiant comme « grande cause nationale 2005 » et inscrite dans la loi de Santé Publique du 9 août 2004. Par ailleurs, les acteurs de terrain ont perçu un défaut de communication autour du PRSP, ce qui a généré des interrogations.

L'organisation institutionnelle et structurelle des services déconcentrés doit être suffisamment lisible par les partenaires pour qu'ils s'approprient les orientations et préconisations de différents plans dont le dossier SIDA. Le chargé de mission coordinateur SIDA n'ayant pas été reconduit au sein des DDASS de Savoie et Haute-Savoie, cela a entraîné le déclin du Comité Départemental de Prévention et de Lutte contre le SIDA (CDPLS) qui avait pour but de réunir largement les partenaires locaux (élus, médico-sociaux, institutions, réseau,...).

Une adaptation aux besoins générés par l'afflux massif de population lié à la saisonnalité :

Les situations exceptionnelles font l'objet d'une volonté politique d'anticipation et de gestion des événements, par la programmation (plans blancs,...) et par une mise en œuvre en adéquation. Les événements régionaux (coupe du monde de rugby, Jeux Olympiques, rencontres politiques...) en sont de bons exemples.

Dans le même esprit, la création en hiver de « villes » à la montagne (rappelons l'exemple de grandes stations comme Courchevel dont la fréquentation est estimée à 40 000 personnes par jour en période haute) et l'attrait de plus de 7 millions de touristes pendant l'hiver dans les Alpes du Nord doivent être considérés comme une spécificité de l'arc alpin à part entière et donner lieu à une réflexion en conséquence, au même titre que les événements exceptionnels.

5.2.7 La prise en compte de l'évolution du contexte

La politique régionale suscite de vives inquiétudes chez les acteurs locaux :

- la mise en place du GRSP éloigne le niveau décisionnel du niveau départemental et les acteurs craignent de voir disparaître une gestion de proximité. Quoiqu'il en soit, pour l'année 2007, le GRSP reconduit les actions à l'identique de 2006 ;
- les actions inscrites dans le plan régional saisonnalité en faveur des saisonniers seront-elles mises en œuvre ? Le décalage entre analyse consensuelle et traduction dans les faits est redouté par les promoteurs locaux ;
- les avis de la COREVIH devront intégrer les trois champs : la prévention, le dépistage et la prise en charge. Il sera opportun que la CDAG porte connaissance de son expérience auprès de la COREVIH.

Par ailleurs, se profile un débat sur l'utilisation des tests rapides qui pourraient venir modifier les modalités du dépistage et du travail des CDAG.

5.3 QUELLES SONT LES PRECONISATIONS ET LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION SOUHAITABLES ?

Les préconisations seront présentées dans les espaces encadrés.

La population des saisonniers se démarque par sa précarité et ses comportements à risques. Elle exprime une demande particulière : le dépistage du VIH auquel répond l'antenne mobile. Mais, compte tenu du nombre quasi nul de cas dépistés, le dépistage isolé présente peu d'intérêt. Il peut cependant représenter un « accrochage » de cette population pour d'autres actions. Élargir la mission de l'antenne mobile vers une approche globale de la santé donnerait plus de sens et d'efficacité au dispositif. Cela suppose d'améliorer le fonctionnement de l'antenne mobile et de mettre en place des actions plus larges que le simple dépistage, de s'appuyer sur une meilleure connaissance des besoins des saisonniers et de faire reconnaître la problématique des saisonniers. Pour cela, nous préconisons des axes d'améliorations.

5.3.1 Développer le partenariat

Le partenariat est très « personne-dépendant » et spécifique à chaque département. Il ne peut être reproduit d'un département à l'autre. Il doit être apprécié comme un levier d'actions.

Les espaces saisonniers : c'est un lieu d'information et un espace de prévention privilégiés.

Les saisonniers ont besoin d'un accès permanent à l'information (droits sociaux, filières de soins...) et une information personnalisée en matière sanitaire (alcool, pratiques addictives...)

- Mettre à disposition une information santé, accessible en permanence dans ces espaces.
- Développer une information personnalisée avec des outils adaptés et interactifs tels « prévention à la carte » de l'association AREMEDIA¹¹⁰.

Les médecins libéraux: les données du questionnaire pointent que les médecins libéraux représentant un véhicule de l'information peu performant, d'où l'intérêt d'un partenariat plus étroit .

- Dans les stations où intervient l'antenne mobile, il s'agirait de sensibiliser les médecins afin qu'ils contribuent à l'information des saisonniers sur l'existence et les missions de l'antenne mobile, et à leur orientation.
- Dans les autres stations, l'antenne mobile pourrait sensibiliser les médecins généralistes aux problèmes de santé des saisonniers.

¹¹⁰ site www.aredmedia.org, visité le 20 juin 2007.

Les médecins du travail : ils disposent d'un accès privilégié aux saisonniers, ce qui représente une potentialité de source de données en matière de santé publique et de transmission d'information. Seuls 4% des dépistés consultent l'antenne mobile sur leurs conseils.

- Intégrer plus largement les médecins du travail à la réflexion concernant la santé des saisonniers et les mesures à prendre.
- Sensibiliser les médecins du travail afin qu'ils contribuent à l'information des saisonniers sur l'existence et les missions de l'antenne mobile, et à leur orientation.

Les maires : le rôle des élus est perçu comme prépondérant. Le maire, en tant que premier magistrat de la commune, a un pouvoir de police administrative et de police judiciaire. Il préside le Centre Communal d'Aide et d'Action sociale (CCAAS). Il définit un pourcentage du parc social. Il a le devoir de mettre en place les services nécessaires dans le cadre de l'aménagement du territoire.

Sensibiliser les élus locaux pour permettre à l'antenne mobile d'exercer ses missions dans des locaux adaptés.

La PASS : ce dispositif œuvre auprès des populations précarisées et a acquis une solide expérience.

Collaborer avec la PASS dans son rôle de sensibilisation et de formation de l'équipe de la CDAG, sur le thème des populations précarisées,

5.3.2 Développer les filières de prise en charge

Les pratiques addictives dont l'alcool, et la santé mentale sont déjà identifiées comme priorités sanitaires. Elles disposent des dispositifs départementaux opérationnels qu'il ne serait pas opportun de doubler. Cela incite à la mise en place de filière de prise en charge :

- Renforcer la participation du personnel de l'association « le Pélican » (lutte contre la toxicomanie) à l'équipe de l'antenne mobile.
- S'appuyer sur le réseau REALS (alcoologie) et l'association « le Pélican » pour sensibiliser les saisonniers au problème de l'alcool, et développer la stratégie du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB).
- Initier la mise en place d'une filière de santé mentale en ayant au préalable identifié les potentialités locales car les délais d'attente en CMP sont peu compatibles avec la durée de présence de saisonniers.
- Reconduire sur la Plagne, et initier sur d'autres stations, l'intervention du dermatologue pour le dépistage des cancers de la peau, au regard de l'expérience de 2007.

5.3.3 Améliorer la connaissance

Des questions restent ouvertes : l'évolution de l'état de santé des saisonniers, le rapport entre la demande de soins et l'offre de soins, l'amélioration de l'accès aux soins, l'information sur l'accès aux soins.... Les attentes des partenaires sont grandes.

Des données existent mais sont dispersées auprès de différents organismes.

La mise en commun des ressources au sein d'un partenariat formalisé ne peut qu'améliorer la cohérence et augmenter l'efficacité du dispositif.

Mettre en place une convention régionale de partenariat entre tous les pôles ressources : le CAREPS de Grenoble, le Pôle Ressources Régional Saison Santé, le Pôle Ressource Interrégional, PERIPL, l'ORS, l'ERSP.

En fonction des résultats de cette mise en commun:

Mener, si besoin, des études complémentaires sur les données manquantes, notamment sur la relation entre l'offre et la demande de soins et sur la démographie médicale de montagne (médecins généralistes et médecins du travail).

La mise en place d'un référentiel :

Le nombre de saisonniers qui serait utile à toute évaluation en tant que dénominateur, n'existe pas à ce jour.

Travailler à la mise en place d'un système de recensement exhaustif des saisonniers avec les services compétents : INSEE, ORS, Espaces saisonniers, services d'emploi et du travail.

5.3.4 Améliorer la reconnaissance institutionnelle

La reconnaissance de la spécificité de la problématique des saisonniers auprès des instances doit être traduite dans les politiques de santé locale et régionale.

- Améliorer la circulation des informations et des données nécessaires au sein des services de l'État, afin de faire émerger les priorités et de les accompagner.
- Proposer l'identification d'un MISP « référent saisonnier », dans le cadre de la mutualisation des MISP, sur l'ensemble de la problématique des saisonniers et non sur le VIH seul.

CONCLUSION

La dynamique du réseau ville-hôpital REVIH-73 et l'étroit partenariat local porté par la mutualité de la Savoie ont permis, sous la coordination d'un chargé de mission VIH de la DDASS, la mise en place par l'hôpital de Chambéry il y a plus de 10 ans, d'une antenne mobile expérimentale effectuant un dépistage itinérant à l'attention de travailleurs saisonniers.

Le contexte évolue : le poste du chargé de mission n'a pas été reconduit au sein de la DDASS, les missions ont été élargies aux hépatites et IST, la CDAG a été regroupée depuis peu au sein d'un espace de santé publique concentrant les missions de santé publique visées par la loi du 13 août 2004, la COREVIH doit être bientôt installée.

Le travail de l'antenne peut être considéré par son approche des saisonniers comme une action de santé publique dans l'esprit des Chartes d'OTTAWA et de BANGKOK.

Les entretiens et l'enquête par questionnaire confirment que l'antenne répond aux missions de dépistage qui lui ont été confiées, mais les résultats d'activité de l'antenne (seuls quelques résultats positifs) motivent une réflexion vers une démarche plus large de promotion de la santé.

Par ailleurs, cette antenne atteint ses limites compte tenu de ses moyens, bien qu'il y ait une marge de progression de la couverture territoriale possible. Cela sous-tend un renforcement de son partenariat (médecins, conseillère sociale et familiale...) et l'affectation de moyens adaptés, humains et matériels.

Pour y répondre et avec les résultats de cette étude, nous proposons :

- d'améliorer le partenariat,
- d'améliorer les filières de soins,
- d'améliorer la connaissance,
- d'améliorer la reconnaissance institutionnelle.

L'observation de l'antenne mobile de la CDAG, à partir des entretiens, ouvre la réflexion sur un champ plus large que le seul dépistage du VIH-Hépatites-IST, et engendre une analyse critique du système dans son ensemble.

Plusieurs enjeux ont pu être identifiés :

- la mise en valeur d'une spécificité locale auprès de l'échelon régional et national,
- le rapprochement de la prévention et du curatif au sein d'un hôpital,
- la mutualisation des moyens à l'aube des COREVIH,
- la communication la plus large possible auprès des partenaires,
- la transmission des informations nécessaires au sein des services de l'État,
- et un enjeu majeur: la coordination par les services de l'État de l'ensemble du dispositif de plus en plus décentralisé.

Selon le rapport du Commissariat général du Plan sur les perspectives de la France¹¹¹: « ce n'est pas à l'usager de gérer la complexité des procédures et des circuits mais aux diverses collectivités publiques de s'organiser pour que la personne s'adressant à un guichet proche de son domicile puisse voir sa situation personnelle prise en charge globalement ».

C'est dans cet esprit que le MISP doit agir.

¹¹¹ CHARPIN J.M., Rapport sur les perspectives de la France, 2000, Rapports officiels, 327p.

Sources et Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Directive Services 2006/123/CE adoptée par le Parlement européen et le Conseil, le 12 novembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : <<http://www.europarl.europa.eu>>
- Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois des finances.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relatif au développement rural.
- Article L.3121-2 de la nouvelle codification du CSP modifiant l'article L355.23 du CSP : prévoit une CDAG par département.
- Décret n° 92-691 du 17 juillet 1992 relatif au dépistage anonyme et gratuit du VIH modifiant le décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 autorisant des établissements de santé publics ou privés participant au service public et les dispensaires antivénéériens à assurer ces consultations.
- Décret n°98-74 du 11 février 1998 relatif à l'information-conseil.
- Décret n° 99-1177 du 30 décembre 1999 relatif à la prise en charge par l'Assurance maladie des dépenses de CDAG et modifiant le code de la sécurité sociale (art L174-16).
- Décret n° 2000-763 du 1^{er} août 2000 pris pour l'application de l'article L.3121-2 du CSP relatif aux CDAG.
- Décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de lutte contre l'infection par le VIH.
- Décret n° 2005-1608 du 19 décembre 2005 relatif à l'habilitation des établissements et organismes pour les vaccinations et la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles.
- Arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux CDAG.
- Arrêté du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des comités de coordination de la lutte contre le VIH.
- Arrêté préfectoral du 19 avril 1988 désignant la 1^o CDAG du Département de Savoie.
- Circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des CDAG.

- Circulaire DGS/SD6 A n° 2000-531 du 17 octobre 2000 relative aux modalités de désignation et aux missions des CDAG.
- Circulaire DGS/DHOS/SD6A/E 2 n°2004-371 du 2 août 2004 relative aux CDAG.
- Circulaire interministérielle n°DGS/SD5A/SD5C/SD6 A/2005/220 du 6 mai 2005 relative à la mise en œuvre du transfert à l'État des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les IST.
- Circulaire interministérielle n°DGS/SD5A/SD5C/SD6 A/DGCL/2005/342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en œuvre de la recentralisation des activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, les IST et aux orientations pour la négociation des conventions permettant l'exercice de ces activités dans les départements.
- Circulaire n° DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des COREVIH.
- Circulaire n°DHOS/E2/DGS/SD6A/2007/25 du 17 janvier 2007 relative aux modalités de mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.

Articles de périodiques :

- BIHR A., PFEFFERKORN R., Le poids des inégalités sociales, Problèmes économiques, 17 mai 2000, n°2.665, 6p.
- BOUVET E., LE VU S. , Les CDAG et la prise en charge de l'infection par le VIH, Revue Médecine Sciences, Décembre 2004 , volume 20, n° 12 , p 1146-1148.
- Le CAIRN, Journal du festival des métiers de montagne, [en ligne], Septembre 2006, n°35, [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet et : www.metiersmontagne.org/Magazine.
- CLARET P., Sauver les saisonniers, Magazine Les mairies des Savoie, Janvier 2001, n°64, p19-27.
- De GOER B., ROGEAUX O., Pourquoi et comment favoriser le dépistage des saisonniers dans les stations, Le journal du SIDA, Novembre 1995, n°79, p.39.
- Débat public : « le travail saisonnier dans un contexte d'eupéanisation », Article du Magazine Économique de la Chambre de Commerce et de l'Industrie de Savoie-Partenaires, Novembre 2006, n°52, 52 p.
- DUCHE, Logement, n° 4 : le logement des saisonniers et des SDF, Revue de l'Association française de l'enfance, Expansion scientifique française, 1994, 377 p.
- GERY Y., La Savoie au secours des saisonniers anglais, le Monde initiative, Janvier 2002, extrait) 2 p.
- MALSAN S., Dépistage VIH/IST : une bonne réforme temporairement mal engagée, Le Journal du SIDA, Novembre 2006, n°190, p 23-25.

- La Mutualité française Rhône-Alpes, Dossier : Saisonniers du tourisme, Un enjeu régional de santé publique, lettre d'information de la Mutualité française Rhône-Alpes, Janvier 2006, n°12, p.6-9.
- NAVARRO G., Dossier : Travailler dans le tourisme, Le Renouveau, les 3D, Revue trimestrielle, Chambéry, Automne 2001, n°89, p4-5 .
- Le Pélican et la Mutualité de Savoie, « Vivre ensemble: saisonniers du tourisme et conduites à risques : quelles préventions ? », Journal Saisonniers Santé, numéro spécial, Juin 2004, 4p.
- Les Pluriactualités, Publications mensuelles du groupe santé des saisonniers, Mutualité de la Savoie, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : <www.saisonsante.fr>.
- ROSSARD M., Enquête : la Mutualité française au chevet des saisonniers, Santé et travail, Avril 2004, n°47, p17-19.
- ROZELIER M., Nos saisons durent plus d'un an, Revue Coaching, Juin-Juillet 2001, n°575, p44-47.
- RUFFIER N., Saisonniers, l'envers du décor, Montagnes Magazine, Novembre 2003, n°275, p74-80.
- SHELLY M., SEGOUIN C., BERTRAND D., Les difficultés de prévention dans un centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit, ADSP, Septembre 2002 n°40, p33-35.

Rapports :

- ABERLEN J., MAIRE E., MOITRIER J., Les conditions de vie et de santé des travailleurs saisonniers du tourisme, Rapport du ministère de l'équipement, du logement, des transports et du tourisme, Section des Affaires Sociales, Conseil National du tourisme, 1996, 33p.
- Association PRESAGE (Prévention Santé Jeunesse), Etude sur la santé et le recours aux soins des saisonniers, Rapport n°126, CAREPS, Septembre 1994, 21p.
- CAREPS, DDASS de l'Isère, Office Départemental de Prévention du SIDA de l'Isère, Evaluation d'un programme d'information et de prévention SIDA en stations de sports d'hiver- ISERE, Rapport n°256, Mai 1999, 101p.
- CHARREL M., MOCELLIN P., FERLEY J.P. et al., Modes de vie des travailleurs saisonniers dans les stations de montagne de Savoie, CAREPS, Direction Départementale de l'Équipement de Savoie, Mission Développement et Prospective, Extrait du Rapport n°163, Juillet 1995, 17p.
- CHARREL M., GIROD de l'AIN M., Facteurs de risque et recours aux soins des travailleurs saisonniers en stations de sports d'hiver iséroises, Enquête conduite par le CAREPS avec le concours de Conseil Général de l'Isère, rapport n° 107, Novembre 1993, 59p.
- CHARPIN J.M., Rapport sur les perspectives de la France, Collection des rapports officiels, Paris La documentation française, [en ligne], 2 novembre 2000, 327p, [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : <<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/004001042/0000.pdf>>

- Conseil National du SIDA, Commission de prévention, Rapport sur la politique publique de prévention et d'infection VIH en France Métropolitaine, Recommandations pour une meilleure application de la politique de prévention à l'infection VIH, Séance plénière du 17 novembre 2005, 79p.
- Haut Comité de Santé Publique, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé Rapport, Rennes, [en ligne], Ed. ENSP, février 1998, 349p, [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : [<http://www.hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/hcsp/hc001043.pdf>](http://www.hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/hcsp/hc001043.pdf)
- KOENIG A., FERLEY J.P., ROUVIERE F., Évaluation de l'impact des guides « santé social » pour les travailleurs saisonniers des stations de sports d'hiver de Savoie, Étude CAREPS pour la DDASS de Savoie, Rapport n°289, Jui llet 2000, 91p.
- LE PORS A., Propositions pour l'amélioration de la situation sociale et professionnelle des travailleurs saisonniers du tourisme, Rapport, Paris, Conseil d'État, 1999 ; 154p, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : [<http://www.tourisme.gouv.fr/fr/navd/mediatheque/publication/administration/att00006386/rapcomplet.pdf >](http://www.tourisme.gouv.fr/fr/navd/mediatheque/publication/administration/att00006386/rapcomplet.pdf).
- Ministère de la santé et des solidarités, Inspection Générale des Affaires Sociales, Institut National de Prévention et d'Éducation Pour la Santé, États généraux de l'alcool, consommation, mode de vie, santé Rapport de synthèse, Septembre - décembre 2006, 33p, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : [<http://www.etatsgenerauxalcool.fr/images-blog/Rapport_synthese.pdf>](http://www.etatsgenerauxalcool.fr/images-blog/Rapport_synthese.pdf)
- PRORIOL L., Actualisation de l'avis du Conseil Économique et Social Régional du 21 mai 1997: conditions de vie des saisonniers dans les stations touristiques, Rapport n°2003-2, CESR ; Région Rhône-Alpes, 2003, 32p.
- Rapports annuels d'activité de la CIDAG (CIDDIST) du CH de Chambéry, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006.
- Rapport d'activités de l'ADESSI - Année 2005, Grenoble, 2005, 51p.
- ROLLAND V., Attractivité des stations de sports d'hiver : reconquête des clientèles et compétitivité internationale, Rapport au Premier Ministre Dominique de VILLEPIN, Décembre 2006, 124p, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : [< http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000097/0000.pdf >](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000097/0000.pdf)
- ROZEMBAUM W., BRUN-VEZINET F., MATHIOT P. et al., Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France, Commission « dépistage » du Conseil National du SIDA, séance plénière du 16 novembre 2006, 22p, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : [<http://www.cns.sante.fr/htm/avis/rapports_pdf/06_11_16_depistage.pdf >](http://www.cns.sante.fr/htm/avis/rapports_pdf/06_11_16_depistage.pdf)
- VINCENT-GENOD A., DA SILVA E., FERLEY JP. et al., Exploitation des questionnaires d'évaluation des journées prévention-santé en direction des saisonniers de Morzine et Avoriaz, Rapport du CAREPS, pour le Conseil général de la Haute-Savoie, Février 2003, n°436, 20p.
- WRESINSKI J., Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport du Conseil Economique Social et Culturel (CESC), 11 février 1987, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : [<http://www.joseph-wresinski.org/grande-pauvrete-et-precarite,141.html >](http://www.joseph-wresinski.org/grande-pauvrete-et-precarite,141.html).

Ouvrages officiels :

- Conseil général de Savoie, Plan Tourisme Savoie 2007-2013, 8p {en ligne}, [visité le 30.06. 2007]. Disponible sur Internet : <http://www.cg73.fr/uploads/Document/WEB_CHEMIN_8766_1173436532.pdf>
- Conseil régional Rhône-Alpes, sous la direction de Jean-Jack QUEYRANNE (J.J.), Plan régional de la saisonnalité dans le tourisme, délibération cadre, Rapport n°06.13.216, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : <<http://www.123savoie.com>>.
- DRASS de Rhône-Alpes, Plan Régional de Santé Publique de Rhône-Alpes (PRSP) 2006-2010, 39p.
- DRASS de Rhône-Alpes, Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé (SREPS) 2003-2007, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : < <http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/sante/sreps/orientations.pdf>>
- DRASS de Rhône-Alpes, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins Rhône-Alpes (PRAPS) 2000-2003, Bilan 2000-2003, orientations 2003-2006, 101p.
- DRASS de Rhône-Alpes, Panorama de la santé, Document préparatoire au Plan Régional de Santé Publique, n°2005-06-D, Janvier 2 005, 27p.
- Ministère de la santé et des solidarités, La prise en charge et la prévention des addictions, Plan 2007-2011, 19p, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : < http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf >
- Ministère de la santé, Programme national Hépatites virales C et B 2002-2005, 62p, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/hepatitec/prog_02.pdf>.
- Ministère de la santé, Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008, 83p, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : < http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/sida_2005-2008.pdf >.

Monographies

- ANDRAUD M., BARBARIN E., Le logement des saisonniers dans les stations touristiques de montagne et les stations thermales savoyardes, Synthèse des résultats, Réunion du 24 novembre 2006, Chambre de Commerce et de l'Industrie de la Savoie, 24 novembre 2006, 11p.
- ANSTETT M., TOOTCILIA N., Analyse des relations existantes entre les conduites toxicomaniaques et les modes de vie en station de ski, Association PRE-SA-JE, Décembre 2001, 101p.
- Association PRESAJE (Prévention Santé Jeunesse), Problèmes de santé et conduites addictives chez les travailleurs d'hiver de Savoie, Enquête par auto-questionnaire sur 700 travailleurs saisonniers vus en médecine du travail, 1994, 101p.
- BARBARIN E., FAUQUE L., ODDOU S., L'économie de montagne en Savoie, Direction du Développement Territorial et des Études Économiques, Chambre de Commerce et de l'Industrie, [en ligne], Septembre 2005 [visité le 30.06. 2007]. Disponible sur Internet : <http://www.savoie.cci.fr/download/sea/Filiere_montagne.pdf>
- BERTRAND X., ministre de la santé et des solidarités, Discours « États généraux de Élus locaux contre le SIDA », Sénat, 25 novembre 2006, 6p.
- Cellule d'accueil des saisonniers du tourisme du Chablais, Éléments statistiques sur les saisonniers d'hiver du Chablais, hiver 2003-2004, 28p.
- CIDDIST, Espace de Santé Publique, Procédure de fonctionnement, échéancier, CH Chambéry, mise à jour janvier 2006.
- DEVEAUX B., DIENG M., LACROIX A., Enquête sur les travailleurs saisonniers d'hiver des stations touristiques du Massif des Aravis entre décembre 2004 et mars 2005, Chalet du THIANTY, Annecy Santé au Travail, 2005, 60p.
- GEOSANTE, Démographie de la médecine générale en Rhône-Alpes pour un schéma de démographie médicale, actualisation des données en 2005, 113p, [en ligne], URML RA éd. [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : < http://www.upmlra.org/statique/pdf/etudes/geosante_synthese.pdf>
- Institut de Veille Sanitaire, Lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles, 10 ans de surveillance, 1996-2005, Mars 2007, 159p [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : < http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/rapport_vih_sida_10ans.pdf>
- INSEE, Les emplois saisonniers en Rhône-Alpes, n°1 35, Octobre 2000, 68p.
- INSEE Rhône-Alpes, La saisonnalité des zones touristiques de Rhône-Alpes, n°135, septembre 2000, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet : <http://www.insee.fr/fr/region/rfc/ficdoc_frame.asp?doc_id=3449>
- JANODY G., Bilan d'activité hospitalière VIH dans la région Rhône-Alpes - Année 2005, DRASS Rhône-Alpes, 2006, 43p.
- LE VU S., Organisation de l'enquête épidémiologique transversale, profil des consultants des CDAG, InVS, Septembre 2004, 9p.

- MORELLET F., Mission exploratoire : État des lieux sur la santé des saisonniers du tourisme, Étude en Oisans, avec le concours du Conseil régional Rhône-Alpes, Avril à Juillet 1999, Point Virgule, UDMI et UMHIJ, 51p.
- RAISSIGUIER Y., Accès aux soins et inégalités sociales de santé, dossier documentaire, département Politiss, ENSP Rennes, Janvier 2007, 40p.
- RODRIGUEZ N., La lettre d'analyse n°70, INSEE Rhône-Alpes, Mars 2007, 4 p, [en ligne], [visité le 30.06.2007]. Disponible sur Internet :
< http://www.insee.fr/fr/region/rfc/ficdoc_frame.asp?ref_id=11090&doc_id=10842 >
- Secours Catholique de Savoie, Saisonniers de la neige, quel tremplin pour l'avenir ? Chambéry, Novembre 1992, 32p.

Thèses et mémoires

- BODINIER M.N., Les familles des saisonniers : une réalité des stations de sports d'hiver, Mémoire de maîtrise des sciences de la famille, Institut des Sciences de la Famille, Octobre 1999, 140p.
- BOURGUIGNON C., Les travailleurs saisonniers en station de sport d'hiver en Savoie, Mémoire de DESS d'Epidémiologie Appliquée, Université Grenoble 1 et DDASS Savoie, 1994, 33p.
- COLETTE C., Prévention santé en direction des travailleurs saisonniers dans les stations de montagne de Savoie, Thèse de doctorat en médecine, Université Joseph Fournier, Grenoble, 9 décembre 1996, 78p.
- CORDEL S., Des obstacles au partenariat dans le cadre des politiques sociales : le cas des travailleurs saisonniers, Mémoire de DESS « Politiques Sociales », Université Pierre Mendès France de Grenoble, Faculté d'Economie, 2002, 81p.
- LEDOUX J.N., La formation continue des médecins de montagne : besoins, offre, évolution, avenir. Analyse critique de l'évolution des actions de formation continue proposée à ses membres par l'association Médecins de Montagne, au cours des dix dernières années 1995-2004, Mémoire d'Attestation d'Enseignement Universitaire, Université Claude Bernard Lyon I, 2005, 43p.
- MARTEAU J., La consommation de substances psychoactives des saisonniers d'une station de ski de la Tarentaise : état des connaissances et facteurs associés à la consommation de substances psychoactives, Maîtrise de sciences sanitaires et sociales, Université Claude Bernard, Lyon, Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, 2004, 56p.
- NATURALE N., Dépistage précoce de l'infection VIH : étude à partir de l'activité du Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit du Centre Hospitalier de Chambéry de janvier 1999 à août 2000, Thèse de doctorat en médecine, Université Joseph Fournier, Grenoble, 24 mai 2002, 89p.
- PIROUE L., Les travailleurs saisonniers du tourisme : que se passe-t-il dans les coulisses de nos vacances en Tarentaise ? Mémoire 2^e cycle IGS/AGPE 17, 2006, 113p.
- VEROLLET S., La maîtrise de la démarche d'insertion par le biais du travail saisonnier de jeunes en difficulté ; des mises en situation d'échanges mutuels à promouvoir, Mémoire de conseiller en économie sociale et familiale, 2006, 40p.

Congrès et colloques

- Actes du colloque sur l'hébergement des travailleurs saisonniers du tourisme, Rapport de congrès organisé par la Préfecture de Savoie, le Conseil général de Savoie, le Conseil régional de la Mutualité (GIBELLO A. , LAINE P. , RABEYRIN J. et al.), 29 novembre 1996, Albertville, p60.
- Actes du Forum interrégional alpin sur la pluriactivité et la saisonnalité, 22 août 2005, Annecy, DDASS du sillon alpin, CAZALES V., 209p.
- Conduite à risque, Colloque de Bourg-d'Oisans, Journée d'étude organisée par le Pélican et la Mutualité, 2003, Cap d'AGDE, 95p.
- Les enfants des travailleurs, en station de montagne, en Savoie : Mode de vie, difficultés, adaptation (Dr BOUZON M.Th.), Rencontre internationale sur la santé et le secours en montagne, Association « Grandir ensemble », Chambéry, Novembre 2002, 32p.
- Programmes et actions de santé publique, Plan régional santé environnement, Alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire, Conférence Régionale de Santé 2005, 30 novembre 2005, Lyon, DRASS de Rhône-Alpes, 53p.
- Travailler en montagne, des métiers de compétence en territoire spécifique d'avenir, Salon de l'Aménagement en montagne, 27 avril 2006, Grenoble, Association Nationale des Elus de la Montagne (ANEM), 47p.

Sites : [visités le 30.06.2007]. Disponibles sur Internet :

- Conseil général de Savoie <<http://www.cg73.fr>>
- Conseil National du SIDA : <<http://www.cns.sante.fr>>
- InVS : <<http://www.invs.sante.fr>>
- Légifrance: <<http://www.legifrance.gouv.fr>>
- Ministère de la santé: <<http://www.sante.gouv.fr>>
- ONUSIDA: <<http://www.unaids.org>>
- Sidaction: <<http://www.sidaction.org>>
- SIDA Info Service: <<http://www.sida-info-service.org>>
- Tourisme Savoie et Haute-savoie :
<<http://www.savoiehautesavoie.com>> et <<http://www.savoie-mont-blanc.com>>
- INSEE: <<http://www.insee.fr>>
- Centre de ressources interrégional alpin sur la pluriactivité et la saisonnalité :
<<http://www.pluriactualite.org>>
- Pôle Ressource Régional Saison Santé de Rhône-Alpes : <<http://www.saisonsante.fr>>
- Santé Prévention Information en Rhône-Alpes « SPIRAL » de l'Espace Régional de Santé Publique de Rhône-Alpes « ERSP » : <<http://spiral.ersp.org>>
-

Liste des annexes

- **Annexe n°I. : Liste des personnes rencontrées**

- **Annexe n°II. : Questionnaire**

- **Annexe n°III. : Organisation du dépistage du VIH par l'antenne mobile de la CDAG du CH de Chambéry en stations de ski de Savoie, en 2007.**

- **Annexe n°IV. : Activité de l'antenne mobile de la CDAG du CH de Chambéry en stations de ski de Savoie, de 1995 à 2007.**

Annexe n°1. : Liste des personnes rencontrées

Au niveau national :

Conseil d'État	LE PORS	Anicet	Ancien membre
Conseil National du SIDA	PONCIER	Anthony	Chargé de communication
DGAS- Ministère de la santé	Dr LARCHER	Pierre	Chargé de l'accès à la santé des plus démunis
DGS-Ministère de la santé	Dr DELATOUR	Frédérique	Chef de projet diagnostic et dépistage
DGS-Ministère de la santé	Dr GERHART	Catherine	Resp. de la programmation régionale de santé publique
DGS-Ministère de la santé	Dr LAVIN	Lionel	Conseiller technique santé précarité
DRASS Ile de France	Dr BARBIER	Christine	MISP
ENSP	RAYSSIGUIER	Yvette	Enseignant-chercheur
InVS	CAZEIN	Françoise	Epidémiologiste
InVS	LE VU	Stéphane	Epidémiologiste
SIDACTION	CULLIEZ	Marie	Chargée de mission

Au niveau régional (Rhône-Alpes) :

ADESSI	CHAUVIN	Florence	Chargée de projet
CAREPS	CHARREL	Martine	Directrice
Chalet du Thianty	BELABDI	Brahim	Directeur
CHU de Grenoble	Dr LECLERC	Pascale	Médecin
Conseil général de Haute-Savoie	Dr VINCENT-GENOD	Agnès	Médecin
Conseil général de l'Isère	Dr PELLOTIER	Eve	Médecin
Conseil régional	Dr PHILIP	Thierry	Vice-président : santé, sport
CRAES-CRIPS	BIBOUD	Anne-C.	Documentaliste
CRAES-CRIPS	POURTAU	Pascal	Coordinateur
DDASS de Haute-Savoie	BONHOMME	René	Directeur
DDASS de Haute-Savoie	Dr LEGRAND	Dominique	MISP
DDASS de l'Ain	HUGUES	Victoria	IASS
DDASS des Hautes-Alpes	FERRARI	Philippe	Directeur
DRASS de Rhône-Alpes	Dr LOMBARD	Catherine	MISP
DRASS de Rhône-Alpes	Dr OLAGNIER	Valérie	MISP
DRASS de Rhône-Alpes	SANITAS	Christelle	IASS
Mutualité de Haute-Savoie	VIRY-GIRARDOT	Régine	Resp. de l'activité promotion de la santé
ODPS	BRISSON	Marc	Coordinateur
ORS	DRENEAU	Martine	Resp. de la documentation
ORS	GUYE	Olivier	Médecin responsable
PERIPL	BLANCHON	Myriam	Chargé de mission
retraîtée	Dr DELOLME	Hélène	MISP
Service de santé au travail	Dr QUINTON	Dominique	MIRTMO

Au niveau départemental (Savoie) :

ADESS de Savoie	RAMBAUD	Joëlle	Directrice
Association le Pélican	BOULANGER	Michel	Directeur
Association le Pélican	BRUN	Armelle	Conseillère en économie sociale et familiale
CCI de Savoie	DOMEIGNOZ	Aline	Assistante
CDAG du CH de Chambéry	BERNATI	Corinne	Cadre IDE
CDAG du CH de Chambéry	BONNEAUD	Nicole	Infirmière
CDAG du CH de Chambéry	DALMAIS	Micheline	IDE
CDAG du CH de Chambéry	Dr BOUCHET	Christiane	Médecin responsable
Centre d'hébergement d'Urgence	PAYS	Serge	Educateur
CGT	FATIGA	Antoine	Délégué
CH de Chambéry	Dr ROGEAUX	Olivier	Médecin chef de service
CH de Chambéry	Dr De GOER	Bruno	Médecin
CH de Chambéry	PHILIBERT	André-Valéry	Directeur adjoint
CH Spécialisé de Savoie	BERNARD	Juliette	Cadre
CH Intercommunal d'Albertville	Dr FERRIERE	Sandrine	Médecin
Conseil général de Savoie	Dr BONHOMME	Nathalie	Médecin
CPAM de Moutiers	PREVOST	Daniel	Responsable
CPAM de Savoie	GAUDRY	Christine	Resp. professions de santé
CPAM de Savoie	PAOLINI	Raymonde	Correspondante Réseaux santé prévention
CPAM de Savoie	REGRAGUI	Khamissa	Adjoint resp. professions
DDASS de Savoie	GALLAT	J-Philippe	Directeur
DDTEFP de Savoie	DESFONTAINES	Christian	Directeur adjoint
DDTEFP de Savoie	CHEDAL-ANGLAY	Ghislaine	Coordinatrice Emploi Formation
Espace saisonnier	PIETRI	Clément	Coordinateur
Foyer-logement - Val d'Isère	RONCON	Henri	Directeur
Libéral - Flumet	Dr LEDOUX	J-Nicolas	Médecin
Libéral - Valloires	Dr FORAY	Bernard	Médecin libéral
Mutualité de Savoie	NAVET	Jérôme	Resp. activité promotion de la santé
Mission interministérielle du logement des saisonniers	SIMON	Alain	Ancien chargé de mission
Ordre des médecins de Savoie	Dr VITTOZ	Philippe	Président
Réseau REALS	BASTRENTAZ	Elodie	Infirmière
Retraitée	Dr RIVOLLIER	Chantal	Médecin du travail
Santé au travail	Dr TROLONG	M-Christine	Médecin du travail

Participation :

- au festival international des métiers de la montagne, le 26 novembre 2006 à Chambéry
- aux réunions du groupe santé-saisonniers, le 1^{er} février et le 1^{er} mars 2007, à Annecy,
- à un dépistage itinérant avec l'antenne mobile de la CDAG à Val d'Isère, le 5 février 2007.

Annexe n°1. : Questionnaire

LETTRE D'INFORMATION

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin de mieux connaître la demande des usagers de l'antenne mobile du Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) , nous lançons un travail d'étude.

Un questionnaire vous a été remis. Il est strictement anonyme et non obligatoire, vous êtes libres de vos réponses. Mais votre collaboration est importante pour que les résultats reflètent la réalité.

Les questions sont simples et courtes. Il suffit de répondre ou de cocher les cases.

Ce questionnaire est à remettre au médecin lors de la consultation.

Questionnaire patient, à remettre au médecin :

- 1- Age ans 1
- 2- sexe masculin féminin 2.1 ; 2.2
- 3- Où habitez-vous en dehors de la station de ski, pendant le reste de l'année ?
- Sur place 3.1
- Dans le département 3.2
- Dans la région Rhône-Alpes 3.3
- Ailleurs en France 3.4
- A l'étranger 3.5
- Sans domicile fixe 3.6
- 4- Etes-vous travailleur saisonnier de la station de ski ? oui non 4.1 ; 4.2
- 5- Si oui : Quel est votre secteur principal d'activité ?
- Hôtellerie, Restauration 5.1
- Métier de la neige (moniteurs, remontées, piste) 5.2
- Commerces 5.3
- Tourisme : Loisirs, animation 5.4
- Service techniques et entretien 5.5
- Autres : à préciser..... 5.6
- 6- Etes-vous couvert par une assurance ou une mutuelle complémentaire maladie?
- oui non ne sait pas 6.1 ; 6.2 ; 6.3
- 7- Comment avez-vous connu le Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST)?
- Par des amis ou collègues (bouche à oreille) 7.1
- Par les médias et autres moyens de communication (ex : affiche, site internet, brochure, radio, maison des Travailleurs saisonniers, etc.....) 7.2
- Par le médecin du travail 7.3
- Par le médecin traitant 7.4
- Par l'employeur 7.5
- Autre : 7.6
- préciser.....
- 8- Quel est le motif de votre venue ?
- Dépistage du SIDA et /ou hépatites 8.1
- Information sur le SIDA et /ou hépatites 8.2
- Consultation médicale pour autre motif que le SIDA et/ou hépatites (ex : avis, maladie, certificat, renouvellement d'ordonnance, , etc...) 8.3
- Autre : 8.4
- préciser.....
- 9- Venez-vous pour la 1^o fois ? Oui Non 9.1 ; 9.2
- 10- Si non : préciser le nombre de fois depuis l'ouverture de l'antenne : 10

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

LETTRE D'INFORMATION AU MEDECIN

Cher confrère,

Avec le concours des Docteurs C. BOUCHET et O. ROGEAUX , un travail d'étude et de recherche de santé publique est lancé sur le dispositif de l'antenne mobile du Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) de Chambéry et l'analyse de la demande exprimée par les usagers.

Ce travail est élaboré dans le cadre d'un mémoire de santé publique.

Il repose sur le remplissage d'un questionnaire individuel et anonyme , qui comporte deux parties :

- une première partie de 10 questions, à destination du patient,
- une seconde partie de 2 questions à votre attention :
 - une question relative au motif de la consultation,
 - et une question sur le résultat du recours médical éventuel, pour un motif autre que le SIDA et hépatites.

Un pré-test sera réalisé fin janvier 2007, avant de lancer l'étude qui se déroulera pendant le 1^o trimestre 2007

Les données resteront totalement anonymes, et une synthèse vous sera adressée. Les résultats seront bien sûr à votre disposition

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter le 0450884847 ou par mail : brunocojan@yahoo.fr

Dr Bruno COJAN
Médecin inspecteur de santé publique stagiaire
(DRASS et DDASS de la région Rhône-Alpes)

Destinataires : Dr O. ROGEAUX et C. BOUCHET, et médecins assurant les consultations de l'antenne mobile du CIDDIST

Copie pour information : Ordre des médecins / URML

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DU MEDECIN :

11-	Motif de la consultation ?		
	<input type="checkbox"/>	Dépistage du SIDA et/ou hépatites	11.1
	<input type="checkbox"/>	Information sur le SIDA et/ou hépatites	11.2
	<input type="checkbox"/>	Recours médical pour autre motif que le SIDA et/ou hépatites :	11.3
	<input type="checkbox"/>	Avis médical	11.4
	<input type="checkbox"/>	Soins	11.5
	<input type="checkbox"/>	Consultation	11.6
	<input type="checkbox"/>	Renouvellement d'ordonnance	11.7
	<input type="checkbox"/>	Certificat	11.8
	<input type="checkbox"/>	Autre : préciser.....	11.9
12-	S'il y a eu un recours médical pour autre motif que le SIDA et/ou hépatites : pensez-vous avoir pu répondre pleinement à la demande du patient ?		
	<input type="checkbox"/>	Oui	12.1
	<input type="checkbox"/>	Non	12.2

13- Si vous souhaitez-vous faire une remarque ou une suggestion :

13

MERCI de VOTRE COLLABORATION

GUIDE de REMPLISSAGE

QUESTIONNAIRE PATIENT :

Question n°1 : nombre attendu correspondant à l'âge de la personne (en chiffre)

Question n°2 : case à cocher correspondant au sexe de la personne

Question n°3 : case à cocher correspondant au lieu de résidence habituelle

Question n°4 : case à cocher correspondant au statut de travailleur saisonnier. Est considéré comme travailleur saisonnier toute personne ayant une activité liée la saison de ski

Question n°5 : case à cocher correspondant au type d'activité. Si « autre » : préciser l'activité en clair

Question n°6 : case à cocher correspondant à la couverture de l'intéressé (e) par une assurance ou mutuelle complémentaire maladie

Question n°7 : case à cocher correspondant à la connaissance de l'existence de l'antenne mobile du Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST). Si « autre » : à préciser

Question n°8 : case à cocher correspondant au motif de la venue de l'intéressé (e) . Si « autre » : à préciser

Questions n°9 et 10: case à cocher correspondant au nombre de consultation de l'intéressé (e) auprès de l'antenne mobile du CIDDIST, depuis sa création. Si supérieur à 1, préciser le nombre de fois.

QUESTIONNAIRE MEDECIN :

Question n°11 : case (s) à cocher correspondant au motif de la consultation.

- Plusieurs cases peuvent être cochées.
- La case « dépistage du SIDA » correspond aux missions du Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) : SIDA, hépatites B et C
- La case « recours médical pour autre motif » sera complétée par l'une des cases suivantes : avis médical, soins, consultation, renouvellement d'ordonnance, certificat
- La case « avis médical » envisage tout conseil médical, conseil pour l'accès aux soins, conseil pour le parcours de soins, prévention...
- La case « soins » sera cochée si un soin est dispensé lors de la consultation
- La case « autre » permettra au médecin d'exprimer ou de préciser si nécessaire

Question n°12 : il s'agit de l'appréciation du médecin quant à la réponse apportée au patient : case à cocher

Question n°13 : le médecin peut formuler une remarque ou une suggestion s'il le souhaite.

Annexe n°III. : Organisation du dépistage du VIH par l'antenne mobile de la CDAG du CH de Chambéry en stations de ski de Savoie, en 2007.

Le site référent est signalé en gras dans le texte

TARENTEISE :



Stations	Nombre de site	Salle d'implantation	Partenariat local
Val d'Isère	3	1 : foyer - logement 1 : Club Méditerranée 1 : UCPA	Foyer - logement
Les Arcs	4	1 : espace saisonnier 2 : Club Méditerranée 1 : UCPA	espace des saisonniers
Courchevel	1	1 : salle du CCAS	CCAS
Méribel	2	1 : salle mairie 1 : office du Tourisme	Mairie, office du tourisme
La Plagne	5	1 : espace saisonnier 2 : Club Méditerranée 2 : UCPA	Espace des saisonniers
Tignes	3	1 : espace saisonnier 1 : Club Méditerranée 1 : UCPA	Espace des saisonniers
Les Ménuires	2	1 : Sce santé au travail 1 : Club Méditerranée	Service de Santé au travail
Val Thorens	3	1 : Sce santé au travail 1 : Club Méditerranée 1 : UCPA	Service de Santé au travail

MAURIENNE :

Stations	Nombre de site(s)	Salle d'implantation	Partenariat local
Valloire	1	1 : centre culturel	Centre culturel (association)
LansLeBourg	1	1 salle polyvalente d'action sociale	Communauté des communes
Les Karellis	1	1 salle	Foyer-logement

Annexe n°IV. : Activité de l'antenne mobile de la CDAG du CH de Chambéry en stations de ski de Savoie, de 1995 à 2007.

*Ligne n°1 : Les résultats pour l'année « n » correspondent à l'activité de l'hiver « n-1 » à n.
Les chiffres des cellules grisées ne sont pas renseignés.*

Stations	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Val d'Isère		118	100	131	67	60	86	94	96	122	98	120	146
La Plagne		219	137	104	107	98	115	111	113	114	122	132	230
Les Arcs		134	94	109	110	91	92	104	94	108	145	118	109
Courchevel+ Méribel		132	102	79	71	65	75						
Courchevel								66	95	82	66	102	88
Méribel								26	37	22	27	58	47
Tignes		112	36	109	104	121	110	121	127	94	105	117	121
Ménuires + Val Thor.						95	112						
Ménuires								31	42	28	17	43	24
Val Thorens								81	97	101	96	97	94,
Valloire					60	64	75				20	22	9
Lans-le-Bourg													19
Les Karellis						30	23	40	38	30	26	42	38
La Toussuire						11	6						
TOTAL consultations	236	715	469	532	519	635	694	674	739	701	722	851	925
Nombre de site	3	5	5	5	6	9	9	9	9	9	10	10	11
Nombre de consultations / nombre de site	78,6	143	87,8	106,4	103,8	70,5	77,1	74,8	82	77,8	72,2	84,9	84
Nombre de rendu													841