

Surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir des pôles de référence volontaires, 2000-2001

Elisabeth Delarocque-Astagneau, Christine Campèse, Institut de veille sanitaire pour le comité de pilotage
Jean-Pierre Bronowicki, Hépatologie, CHU de Nancy ; Patrice Couzigou, Hépatologie, Hôpitaux de Haut-Lévêque, CHU de Bordeaux
Odile Gorla, Hépatologie, Hôpital Charles Nicolle, CHU de Rouen ; Dominique Guyader, Hépatologie, CHRU Pontchaillou, Rennes
Patrick Hillon, Hépatologie, CHU de Dijon ; Patrick Marcellin, Hépatologie, CHU Bichat Beaujon, Clichy
Jean-Philippe Miguet, Hépatologie, CHU de Besançon ; Françoise Roudot-Thoraval, Santé Publique, Hépatologie, CHU de Créteil
Jean-Pierre Zarski, CHU de Grenoble

INTRODUCTION

Les données épidémiologiques disponibles sur l'hépatite C indiquent qu'il s'agit d'un problème de santé publique en termes de nombre de personnes touchées (500 000 à 650 000 en France [1]), de complications à long terme, et de modes de transmission non encore contrôlés, particulièrement chez les usagers de drogue. Depuis l'identification du virus de l'hépatite C en 1989 et la mise au point de tests diagnostiques, la progression rapide des connaissances virologiques, biologiques, cliniques et épidémiologiques a permis la mise en place de mesures de prévention (dépistage des dons de sang et des dons d'organes, précautions standards à l'hôpital...), de dépistage ciblé et une prise en charge thérapeutique plus efficace. Ainsi les pouvoirs publics ont pu structurer la prévention, le dépistage et la prise en charge de cette infection chronique sous la forme d'un Programme national de lutte contre l'hépatite C. Dans ce cadre, 30 pôles de référence (actuellement 31) répartis sur tout le territoire, ont été créés à la suite de la circulaire DGS/DH du 5 mai 1995 ; ce sont des services d'hépatologie situés dans des centres hospitalo-universitaires.

Afin de contribuer à l'évaluation de ce programme de lutte, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a développé deux réseaux de surveillance : d'une part, la surveillance des patients nouvellement pris en charge dans les pôles de référence volontaires afin de suivre l'évolution des caractéristiques cliniques, épidémiologiques et virologiques des patients à leur première prise en charge et, d'autre part, un réseau national de laboratoires d'analyses de biologie médicale pour suivre l'évolution de l'activité de dépistage et les caractéristiques des patients dépistés positifs.

Ce document fait la synthèse des résultats des deux premières années (2000 et 2001) de surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir d'un réseau de pôles de référence volontaires. Les objectifs du système sont de connaître et suivre dans le temps, chez les patients nouvellement pris en charge, la répartition des facteurs de risque suspectés, les circonstances de découverte de l'infection par le VHC, la répartition des différents stades cliniques et la répartition des génotypes.

MÉTHODES

Constitution du réseau de surveillance

Les 30 pôles de référence créés en 1995 ont été sollicités pour participer au système de surveillance.

Définition de cas

Un cas à inclure a été défini comme un patient anti-VHC positif consultant ou hospitalisé pour la première fois dans un pôle de référence volontaire ou dans un service appartenant au réseau inter-hospitalier du pôle et participant à la surveillance.

Recueil des données

Les données recueillies étaient les suivantes : les caractéristiques du patient comme l'âge, le sexe, la date du 1^{er} contact pour l'hépatite C dans la structure, la(es) sérologie(s) VHC.

Les modalités de découverte suivantes ont été explorées : « fortuite » (bilan de santé, bilan pré-transfusionnel, don de sang), dépistage sur facteur de risque, démarche diagnostique (anomalie biologique hépatique, bilan d'une cirrhose, bilan d'un carcinome hépato-cellulaire), autre circonstance de découverte.

Les facteurs de risque potentiels de contamination par le VHC recueillis sont : transfusion de sang ou dérivés sanguins avant 1991, utilisation de « drogues » par voie intra-veineuse, par voie nasale, exposition professionnelle, exposition nosocomiale, autres, aucun facteur de risque retrouvé.

Le statut ARN VHC (PCR) à la prise en charge, le génotype si réalisé, la notion de co-infections virales ont été également recueillis. La consommation excessive d'alcool dans le passé définie par la consommation de plus de 28 verres/semaine chez l'homme et de plus de 21 verres par semaine chez la femme a également été recueillie.

Pour l'évaluation clinique du stade de la maladie à la prise en charge, la classification suivante a été retenue par le comité de pilotage qui comprend des hépatologues : Alat « normales » : activité sérique des Alats normale à plusieurs reprises ; hépatite C chronique : absence d'argument clinique biologique ou d'imagerie pour une cirrhose ou un carcinome hépato-cellulaire, activité sérique des Alats supérieure à la normale ; cirrhose : cirrhose décompensée ou non sur la base de critères cliniques, biologiques et d'imagerie ; carcinome hépato-cellulaire : critères cliniques, biologiques et d'imagerie.

Pour l'évaluation histologique du stade de la maladie à la prise en charge, les résultats d'une ponction biopsie hépatique réalisée dans les 12 mois avant jusqu'à 6 mois après la date de la première consultation dans le pôle pouvaient être utilisés. Le stade de la maladie a été classé selon les résultats du score histologique de Metavir qui prend en compte l'activité nécrotico-inflammatoire (côtée de 0 à 3) et son retentissement fibreux (côtée de 0 à 4) : hépatite C chronique minime : Metavir \geq A1F1, hépatite C chronique modérée ou sévère sans cirrhose : Metavir A \geq 2 ou F2, F3 quel que soit A, hépatite C chronique avec cirrhose : Metavir F4.

La transmission des données à l'InVS a été réalisée selon trois options en fonction de l'organisation existante au sein de chaque pôle : transmission de questionnaires papier à l'InVS, saisie dans le pôle sur une application Epiinfo fournie par l'InVS, extraction à partir d'une base de données développée au préalable par le pôle.

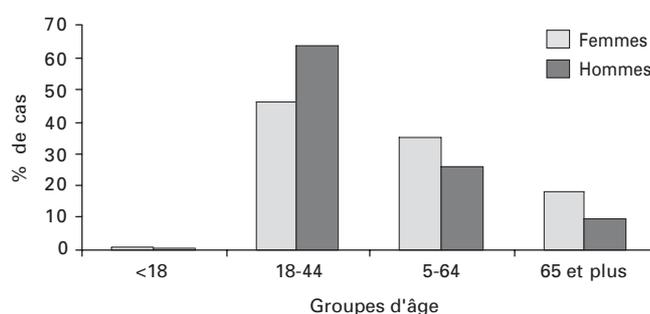
Le développement de la base de données a reçu un avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

RÉSULTATS

Sur les 30 pôles de référence existants lors de la mise en place du système, 26 ont accepté de participer parmi lesquels 23 ont commencé la surveillance le 1^{er} avril 2000. Pour chacune des 22 régions, il existe au moins un pôle qui participe. Entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 2000, 2 063 patients ont été pris en charge pour la première fois parmi lesquels 854 femmes (43,1 %) et 1 266 hommes (56,9 %). L'âge moyen était de 45 ans (14 à 91 ans, médiane 42 ans). En 2001, 3 906 patients parmi lesquels 2 204 hommes (56,5 %) et 1 699 femmes (43,5 %) ont été pris en charge pour la première fois dans un des 26 pôles participants (figure 1).

Figure 1

Répartition par classe d'âge et sexe des patients nouvellement pris en charge pour hépatite C. Surveillance de l'hépatite C à partir des pôles de référence volontaires. France, 2000-2001



Modalité de découverte de la sérologie VHC, facteurs de risque

En 2000, la modalité de découverte de la sérologie VHC pour les deux sexes confondus avait été fortuite dans environ 1/3 des cas. La sérologie avait été réalisée dans le cadre d'une démarche diagnostique dans 20 % des cas et en raison de l'existence d'un facteur de risque dans 30 % des cas. En 2001, la proportion importante de découverte fortuite semble se confirmer (tableau 1). Chez les personnes de sexe masculin, une découverte plus fréquente du fait d'un facteur de risque a été cependant retrouvée.

Tableau 1

Répartition par modalités de découverte des patients nouvellement pris en charge pour hépatite C. Surveillance de l'hépatite C à partir des pôles de référence, France, 2000- 2001		
Modalités de découverte de la sérologie VHC positive (patients avec 1 modalité de découverte)*	2000	2001
	n %	n %
Fortuite (bilan de santé, don de sang, bilan pré-transfusionnel)	567 (34,2)	1 405 (41,1)
Facteur de risque	530 (32,0)	849 (24,8)
Démarche diagnostique (anomalie des tests hépatiques, complication de cirrhose, bilan d'un carcinome hépato-cellulaire)	364 (22,0)	603 (17,6)
Autre circonstance de découverte†	198 (11,6)	563 (16,5)

* en 2000 : 1 659/2 063 (80,4 %), en 2001 : 3 420/3 906 (87,6 %)

† dont asthénie

Les deux facteurs de risque de contamination par le VHC les plus fréquents étaient la transfusion et l'utilisation de drogues par voie intraveineuse (tableau 2). La transfusion était plus souvent retrouvée chez la femme (46,2 %) que chez l'homme (27,1 %) alors que l'inverse était observé pour l'utilisation de drogues (respectivement 23,2 % et 49,5 %) en 2000. Entre 2000 et 2001, on observe une tendance à la diminution de la proportion des patients contaminés par transfusion. En 2000 et 2001, parmi les patients pour lesquels une exposition professionnelle était notée, il s'agissait d'une profession de soins pour 145 patients (81,7 %). Pour 26 patients, une notion d'accident exposant au sang était rapportée dont 15 pour lesquels la profession n'était pas précisée. Parmi les expositions nosocomiales rapportées (15 % en 2000 et 18 % en 2001), des interventions chirurgicales étaient notées pour 543 (57 %) patients (dont plusieurs interventions pour 79 patients), une ou plusieurs endoscopies étaient notées pour 119 (12,5 %) patients et une notion de dialyse pour 50 (5,2 %). En 2000 et 2001, la notion de sérologie VHC antérieure négative et l'année de cette sérologie était connue et postérieure à 1991 pour 140 patients. La découverte de la sérologie VHC positive avait été fortuite dans 30 % des cas, le fait d'un facteur de risque dans 40 % des cas ou d'une démarche diagnostique dans 12 % des cas. Le facteur de risque suspecté le plus souvent retrouvé chez ces patients était l'utilisation de drogues par voie intraveineuse (42 %).

Année de découverte de la sérologie

En 2001, l'année de découverte de la sérologie VHC positive était connue pour 3 149 patients parmi lesquels 1 246 (39,6 %) avaient été dépistés au cours de l'année 2001, 558 (17,7 %) au cours de l'année 2000, 340 (10,8 %) au cours des années 1998 et 1999 et 1 005 (31,9 %) avant 1998.

ARN VHC, génotype, coinfection virale

En 2000 et 2001, la recherche de l'ARN VHC était positive respectivement pour 88,4 % (1 602/1 813) et 89,9 % (3 013/3 353) des patients. Le génotype était connu pour 872 patients en 2000 et 1 974 patients en 2001. La répartition des génotypes montre la prédominance des génotypes 1, 3 et 2 (tableau 3). Un 2° génotype était rapporté pour 3,7 % et 5,3 % des patients respectivement en 2000 et 2001.

En 2001, la recherche de l'antigène HBs était positive pour 4 % des patients (examen réalisé et résultat connu pour 75 % des patients) et l'anticorps anti-HBc pour 31 % (examen réalisé et résultat connu pour 67 % des patients).

Tableau 2

Facteurs de risque suspectés chez les patients nouvellement pris en charge pour hépatite C. Surveillance de l'hépatite C à partir des pôles de référence volontaires, France, 2000-2001

Facteurs de risque suspectés*	2000		2001	
	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Femmes n (%)	Hommes n (%)
Transfusion avant 1991	370 (45,5)	295 (27,2)	634 (38,8)	502 (23,7)
Utilisation de drogues voie IV	197 (23,9)	537 (49,4)	340 (21,0)	1 003 (47,4)
Utilisation de drogue voie nasale†	38 (5,2)	132 (14,2)	94 (6,2)	306 (15,7)
Exposition professionnelle‡	34 (4,2)	20 (1,9)	84 (5,5)	42 (2,1)
Exposition nosocomiale**	141 (17,8)	131 (12,4)	357 (22,6)	323 (15,8)
Autre facteur***	143 (17,9)	203 (19,0)	257 (15,7)	364 (17,1)
Aucun facteur de risque retrouvé	95 (11,4)	111 (10,0)	245 (14,7)	280 (13,0)

* total > 100 %, possibilité de plus d'1 facteur signalé, proportions exprimées pour un total renseigné par facteur

† étaient également utilisateurs de drogues par voie IV : en 2000, femmes : 30 sur 36 renseignés, hommes : 103 sur 131 renseignés ; en 2001, femmes : 75 sur 94 renseignés, hommes 256 sur 303 renseignés

‡ médical et paramédical n = 145

** dialyse, chirurgies, endoscopies

*** acupuncture, injections diverses, piercing, conjoint VHC positif

Stade clinique, stade histologique, consommation d'alcool

Le stade clinique à la prise en charge a été déterminé pour 1 642 (80 %) des patients en 2000 et 3 404 (87 %) des patients en 2001 ; 177 (10,8 %) patients en 2000 et 393 (11,5 %) en 2001 présentaient une cirrhose (décompensée ou non) ou un carcinome hépatocellulaire lors de la prise en charge (tableau 4).

En 2000 et 2001, parmi les 938 patients classés comme présentant des « ALAT normales », la recherche d'ARN VHC réalisée pour 855 patients était négative pour 217 d'entre eux. Ces patients pouvaient être considérés comme ayant une hépatite C guérie.

Le stade histologique (classification Metavir) était disponible et permettait un classement pour 944 (45,8 %) patients en 2001 et pour 1 745 (44,7 %) patients en 2001 : 1 008 patients (37,5 %) présentaient une hépatite minime, 1 382 (51,4 %) une hépatite modérée à sévère et 299 (11,1 %) une cirrhose.

La consommation excessive d'alcool dans le passé, était retrouvée chez 42 % (400/950) des hommes et 18,5 % (132/714) des femmes en 2000 et 38 % (660/1755) des hommes et 12 %

Tableau 3

Répartition des génotypes chez les patients nouvellement pris en charge pour hépatite C. Surveillance de l'hépatite C à partir des pôles de référence volontaires, France, 2000-2001

Génotype	2000	2001
	N = 872* n %	N = 1 734* n %
1a	174 (19,9)	333 (19,2)
1b	286 (32,8)	529 (30,5)
1 autre et indéterminé	62 (7,1)	151 (8,7)
Total 1	522 (59,9)	1 013 (58,4)
Total 2	75 (8,6)	154 (8,9)
Total 3	190 (21,9)	397 (22,9)
Total 4	66 (7,7)	126 (7,3)
Total 5	19 (2,2)	44 (2,5)
Total 6	0 (0,0)	2 (0,1)

*Soit génotype connu pour 42,3 % des patients en 2000 et 44,4 % en 2001

Tableau 4

Stade clinique des patients nouvellement pris en charge pour hépatite C. Surveillance de l'hépatite C à partir des pôles de référence volontaires, France, 2000-2001

Stade clinique	2000	2001
	N = 1 642*	N = 3 404*
	n %	n %
Alat normales	337 (20,5)	601 (17,7)
Hépatite chronique	1 119 (68,1)	2 397 (70,4)
Cirrhose	135 (8,2)	318 (9,3)
Cirrhose décompensée	25 (1,5)	49 (1,4)
Carcinome hépatocellulaire	17 (1,0)	24 (0,7)
Hépatite aiguë	9 (0,5)	15 (0,4)

* soit 79,6 % des patients en 2000 et 87,1 % des patients en 2001

(165/1354) des femmes en 2001. Tandis que 14 % (79/577) des femmes en 2000 et 8 % (73/956) des femmes en 2001 et 26 % des hommes en 2000 (201/783) et 22 % des hommes en 2001 (342/1532) ont rapporté une consommation excessive d'alcool dans les six mois précédant le dépistage.

En 2000 et 2001, la notion de consommation excessive d'alcool dans le passé et le stade clinique à la prise en charge étaient renseignés pour 4 022 patients ; ceux présentant un stade clinique sévère (cirrhose, cirrhose décompensée, carcinome hépatocellulaire) à la prise en charge étaient plus à même d'avoir été consommateur excessif d'alcool dans le passé (42,1 %) que les patients ayant un stade moins sévère (21,7%) ($p = 5.10^{-7}$).

DISCUSSION

Parmi les patients pris en charge en 2000 dans un pôle de référence, la découverte de la sérologie positive a été fortuite pour plus d'1/3 des patients et cette proportion élevée était confirmée en 2001 ; pour 1/4 des sujets, la sérologie avait été réalisée en raison d'un facteur de risque.

Comme attendu, chez les patients nouvellement pris en charge, une tendance à la diminution de la proportion des patients ayant reçu une transfusion est observée. De plus, l'utilisation de drogues par voie intraveineuse était le facteur de risque suspecté le plus souvent retrouvé chez les patients qui ont été contaminés après 1991. Chez ces derniers, la proportion de découverte de la sérologie positive en raison de l'existence d'un facteur de risque était de 40 % ; ceci pouvant être rapproché d'une démarche plus systématique vis-à-vis de la pratique du dépistage VHC chez les patients utilisateurs de drogues. La proportion d'exposition nosocomiale comme facteur de risque suspecté était plus importante chez les femmes et a sensiblement augmenté entre 2000 et 2001. Il faut préciser que les différentes catégories proposées pour cet item « facteurs de risque suspectés » ne sont pas mutuellement exclusives ; de plus, il est possible que les soignants qui complètent la fiche de recueil soient particulièrement motivés pour trouver un facteur de risque. Cette hypothèse est cohérente avec le fait que la proportion de patients pour lesquels aucun facteur de risque n'était retrouvé était inférieure au chiffre de 30 % communément admis.

En 2000 et 2001, plus de 10 % des patients présentaient déjà une forme évoluée de l'infection lors de la prise en charge. Dans une étude réalisée auprès de 30 services d'hépatologie en France métropolitaine, portant sur 6 664 patients pris en charge entre 1993 et 1995 et suivis pendant au moins 1 an sur cette période, le stade histologique avait pu être recueilli pour 5 789 patients. Une cirrhose histologique était présente chez 21 % des cas [2]. Ces données témoignent d'une évolution des caractéristiques des malades pris en charge avec notamment une diminution de la proportion de formes évoluées au cours du temps suggérant une progression du dépistage et, lorsqu'elle a lieu, une prise en charge plus précoce qu'au début des années 1990. Ainsi, parmi les patients nouvellement pris en charge en 2000, un peu plus de 50 % avaient été dépistés la même année. Cependant, en 2001, cette proportion était de 40 % et cette tendance devra être confirmée ou non sur les données 2002.

La répartition des types de VHC est comparable, sauf pour la proportion de type 4, à celle observée chez les patients inclus dans une enquête menée auprès de 20 laboratoires de centres hospitaliers universitaires et régionaux. Dans cette étude, conduite entre novembre 2000 et avril 2001 et qui concernait

des nouveaux patients pour les laboratoires, la proportion de VHC de type 4 approchait 11 %. Cependant, le type du VHC était connu pour 84 % des patients dans cette étude contre 45 % ici et possiblement plus connu pour les patients usagers de drogues qui sont plus concernés par le VHC de type 4 [3].

En 2000 et 2001, les résultats de la détermination d'un stade de gravité de l'infection sur la base de critères « cliniques » étaient cohérents avec ceux obtenus sur la base d'une classification histologique. L'intérêt du critère clinique réside dans le fait qu'il permet de disposer d'un stade de gravité à la prise en charge pour une proportion importante de patients et qu'il paraît plus fiable comme indicateur de suivi dans le temps : en effet, son évolution ne sera pas affectée par des changements de pratiques contrairement à une classification basée sur l'histologie, les indications de la biopsie hépatique pouvant évoluer au cours du temps.

La proportion de consommateurs excessifs d'alcool parmi les patients nouvellement pris en charge en 2000 n'a pas diminué par rapport à celle observée lors de l'étude de F Roudot-Thoraval et al [2] avec respectivement 13,7 % des femmes et 25,7 % des hommes versus 8,1 % des femmes et 25,4 % des hommes consommateurs excessifs chez les patients pris en charge entre 1993 et 1995. Bien que les critères et les modalités de recueil puissent être différents, ces résultats conjugués à la plus grande gravité de l'atteinte hépatique chez ces patients soulignent l'importance de leur prise en charge. En effet, le rôle de la consommation excessive d'alcool dans la gravité de l'atteinte hépatique a été mis en évidence dans une étude menée par T Poinard et al : dans cette étude la consommation d'alcool supérieure à 50 g par jour ainsi que l'âge > 40 ans au moment de l'infection et le sexe masculin étaient indépendamment associés à la progression vers la fibrose chez les patients infectés par le VHC [4].

Le nombre de patients répertoriés par ce système en 2000 et 2001 est certainement inférieur au nombre de patients nouvellement pris en charge en France dans cette période car la prise en charge des patients atteints d'hépatite C n'est d'une part, pas exclusivement hospitalière et n'est d'autre part pas limitée aux centres hospitaliers universitaires. De plus, nous ne disposons pas encore de données sur l'exhaustivité des cas notifiés par les pôles. Par ailleurs, les résultats ne doivent pas être extrapolés à la France entière car les malades pris en charge dans les services qui participent à ce réseau de surveillance nationale ne sont pas représentatifs de la totalité des malades pris en charge. En effet, l'étude de G Goegebeur et al a mis en évidence que les patients pris en charge en centre hospitalier universitaire (CHU) étaient plus jeunes, consommaient moins d'alcool et avaient plus fréquemment des ALAT élevées que les patients pris en charge hors CHU [5].

Ce réseau permet cependant un recueil standardisé détaillé et un suivi de l'évolution des caractéristiques à la prise en charge à partir de services participant de manière régulière. Ainsi, il contribue à l'évaluation du programme de lutte contre l'hépatite C grâce au suivi des indicateurs tels que la modalité de découverte de la sérologie, le délai à la prise en charge, les facteurs de risque et le stade clinique à la prise en charge. Enfin, une évaluation de ce système de surveillance en 2002 permettra de discuter la possibilité d'extrapolation des résultats.

RÉFÉRENCES

- [1] Desenclos JC, Dubois F, Couturier E, Pillonel J, Roudot-Thoraval F, Guignard E, et al. Estimation du nombre de sujets infectés par le VHC en France, 1994-1995. BEH 1996 ; 5 : 22-23.
- [2] Roudot-Thoraval F, Pawlotsky JM, Dhumeaux D et le groupe d'étude de la prévalence et de l'épidémiologie des hépatites C. Epidémiologie et morbidité du virus de l'hépatite C en France : Etude de 6 664 patients atteints d'hépatite chronique C. BEH 1996 ; 5 : 20-21.
- [3] Haus R, Allaoui C, Alain S, Bouvier M, Branger M, Chaix ML, Cesaire R et al. Etude de faisabilité pour la création d'un observatoire national des sous-types du virus de l'hépatite C, novembre 2000-avril 2001. BEH 2002;46:231-4.
- [4] Poinard T, Bedossa P, Opolon P and the OBSVIRC, METAVIR, CLINIVIR and DOSVIRC groups. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. Lancet 1997;349:825-32.
- [5] Goegebeur G, Benhamiche AM, Minello A, Rassiat E, Clinard F, Milan C, Faivre J, Hillon P et le groupe de recherche du REBHOC. Les caractéristiques des malades ayant des anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite C sont différentes en service spécialisé hospitalo-universitaire et dans la population générale. Gastroenterol Clin Biol 2000 ; 24 : 1042-46.

REMERCIEMENTS

- Association française pour l'étude du foie
- Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites
- Pôles de référence :

CHU de Fort-de-France, Dr A Edouard ; CHU de Bordeaux, Hôpitaux de Haut-Lévêque ; Pr Couzigou, Dr J Foucher ; CHU de Clermont-Ferrand, Pr G Bommelaer, Dr A Abergel ; CHU de Dijon, Pr P Hillon, CHRU Pontchaillou, Rennes, Pr Y Deugnier, Pr D Guyader ; Hôpital Trousseau, Tours, Pr EH Metman, Dr L d'Alteroche ; CHU de Reims Hôpital Robert-Debré, Pr G Thieffin, Dr S Lévy ; CHU de Besançon, Pr JP Miguët, Dr P Mercet ; CHU de Caen, Pr MT Dao, Dr C Guillemand ; CHU Rouen, Hôpital Charles Nicolle ; Pr Lerebours / Pr Colin, Dr O Gorja ; Région Ile-

de-France : Réseau Paris-Nord : CHU Bichat-Beaujon, Clichy, Pr P Marcellin, Dr MP Ripault ; Réseau Sud-Est : CHU Henri-Mondor, Créteil, Pr D Dhumeaux, Dr C Hezode ; Réseau Ouest : CHU Necker, Paris ; Pr P Berthelot, Pr S Pol ; CHU de Montpellier, Pr D Larrey, Dr P Fabbro-Peray ; CHU de Limoges, Pr B Pillegand, Dr V Loustaud-Ratti ; CHR de Metz, Dr JJ Raabe ; CHU de Nancy, Pr JP Bronowicki, Dr Tricon ; CHU Purpan, Toulouse, Pr JP Pascal, Dr K Barange ; CHRU de Lille, Pr JC Paris, Dr V Canva-Delcambre ; CHU de Nantes, Pr Galmiche, Dr J Gournay ; CHU d'Angers, Pr P Cales, Dr I Hubert-Fouchard ; CHU d'Amiens, Pr D Capron ; Hôpital Jean Bernard Poitiers, Pr C Silvain, CHU de Nice, Pr P Rampal, Pr A Tran ; CH Hotel Dieu, Lyon, Pr Trepo, Dr P Pradat ; CHU de Grenoble, Pr JP Zarski, Dr V Leroy

- InVS : Jean-Claude Desenclos, Céline Lagree, Annie Perin

10^e congrès des Observatoires régionaux de la santé

Clermont-Ferrand - 15 et 16 mai 2003

Qualité et santé

La qualité en santé, son évaluation et son amélioration sont devenues des problématiques essentielles pour l'approche des systèmes de santé, c'est pourquoi les ORS ont choisi ce thème pour leur prochain congrès.

Les débats et les communications s'organiseront autour de quatre thèmes :

● **Qualité de l'observation**, session présidée par M. Philippe Cunéo, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Comment mettre en place des politiques qualité dans les différents travaux d'observation de la santé ?

● **Observation de la qualité**, session présidée par le Dr Pierre-Jean Cousteix, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Comment observer la qualité des soins délivrés et la qualité du système de santé ?

● **Qualité en santé et politiques de santé**, session présidée par le Dr Jean-Luc Prével, Député de Vendée

Dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé, quel est le rôle des ORS pour l'aide aux prises de décision ?

● **Etat nutritionnel et qualité du système de santé**, session présidée par le Dr Ambroise Martin, Agence française de sécurité sanitaire des aliments

Comment garantir la sécurité et la qualité de l'alimentation ainsi qu'optimiser les états nutritionnels et de santé des usagers ?

Le congrès se terminera par une table ronde sur "Qualité, santé et observation : regards croisés".

Il sera clôturé par le Pr Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

Le programme et les modalités d'inscription sont disponibles par téléchargement

sur le site internet de la Fnors : <http://www.fnors.org>

dans la rubrique « Congrès des ORS 2003 »

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser à l'ORS d'Auvergne, organisateur de la manifestation - mail : secretariat.obresa@wanadoo.fr - tél : **04 73 98 75 50**