

ENQUÊTE

LA RUBÉOLE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET LE NOUVEAU-NÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 1998

Les données du réseau RENARUB

Caroline Six, Laëtitia Gillet-Duché, Laurence Bouraoui, Isabelle Rebière, Daniel Levy-Bruhl et les biologistes du réseau RENARUB*

INTRODUCTION

Le réseau RENARUB, mis en place en 1976, constitue la principale source d'information sur la situation épidémiologique des infections rubéoleuses contractées en cours de grossesse et les cas de rubéole congénitales en France. Il est constitué des laboratoires d'analyses de biologie médicale, identifiés par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé dans le cadre du Contrôle de Qualité comme faisant la recherche des IgM antirubéoleuses.

L'objectif de cette surveillance est de recenser, au niveau national, les infections rubéoleuses survenues en cours de grossesse ainsi que les rubéoles congénitales malformatives (RCM) et plus largement, d'évaluer l'impact de la politique vaccinale mise en œuvre en France dans la perspective de l'élimination de la rubéole congénitale [1]. Elle a montré l'impact limité de la seule vaccination des pré-adolescentes et des femmes en âge de procréer mise en œuvre de 1976 à 1984 sur l'incidence des infections rubéoleuses durant la grossesse (28,2 cas pour 100 000 naissances) (Fig. 1). L'introduction de la vaccination dans le calendrier vaccinal du nourrisson a provoqué une diminution très marquée de l'incidence de 1985 à 1988 (12,5 cas pour 100 000 naissances) avec, de 1989 à 1992, un taux d'incidence des infections rubéoleuses durant la grossesse inférieur à 4,5 pour 100 000 naissances. Cependant, en 1993 et 1994 puis en 1997, le réseau Renarub a mis en évidence une recrudescence de l'incidence avec des taux respectifs d'infections rubéoleuses durant la grossesse autour de 10 pour 100 000 naissances vivantes. Cet article présente les résultats de cette surveillance pour l'année 1998.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le réseau RENARUB

En 1998, le réseau regroupait 122 laboratoires dont 66 % étaient hospitaliers et 34 % privés. Chaque semestre, les biologistes sont sollicités pour communiquer la liste des infections rubéoleuses survenues chez une femme enceinte (ou découvertes chez un nouveau-né) et diagnostiquées dans leur laboratoire. Des informations démographiques, cliniques et épidémiologiques sont recueillies dans un second temps auprès des médecins traitants concernés, gynécologues, obstétriciens et pédiatres. La participation de chacun repose sur le volontariat. Les informations recueillies concernent les périodes de la grossesse et de la naissance mais pas le suivi à long terme des enfants nés de mère infectée.

Définition de cas

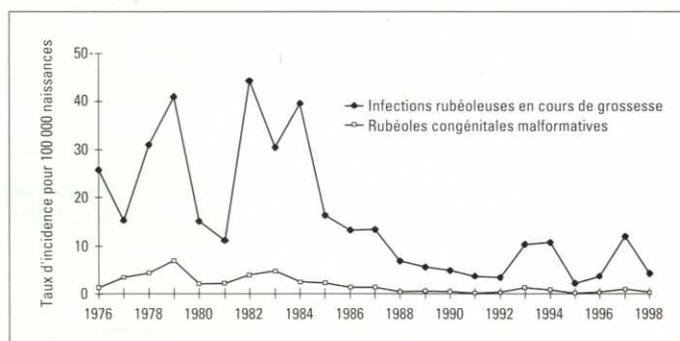
Chez une femme enceinte

Une *primo-infection rubéoleuse certaine* est définie, chez une femme enceinte dont l'immunité antérieure est négative ou inconnue, soit :

- par la présence d'au moins 2 des 3 critères suivants : (1) Eruption cutanée datée ou contagée rubéoleux daté, (2) Séroconversion des anticorps antirubéoleux, (3) Taux significatifs d'IgM antirubéoleuses sériques ;
- par la présence d'un des critères (2) ou (3) associée à une amplification génique du virus positive ou un taux d'IgM antirubéoleuses significatif sur prélèvement de sang foetal ou de liquide amniotique.

Une *réinfection certaine* associe l'existence d'une immunité antérieure certaine (certifiée par 2 sérologies antérieures positives ou une vaccination antirubéoleuse suivie d'un contrôle sérologique positif) et l'ascension significative du taux des anticorps antirubéoleux sériques.

Figure 1. Taux d'incidence des infections rubéoleuses chez les femmes enceintes et des rubéoles congénitales malformatives. France métropolitaine, Années 1976-1998 - Réseau Renarub



Une *infection certaine* est définie lorsque les informations recueillies ne permettent pas de distinguer une primo-infection certaine d'une réinfection certaine.

Chez l'enfant ou le fœtus en cas d'interruption de grossesse

Une *rubéole congénitale malformative* [RCM] (ou *rubéole malformative* dans le cas d'une interruption de grossesse) répond à la définition suivante : une (ou plusieurs) malformation(s) évocatrice(s) d'une rubéole, associée(s) à la présence d'IgM antirubéoleuses sériques (à la naissance ou à la ponction de sang foetal) ou à une recherche virale positive (sur un prélèvement du nouveau-né ou du fœtus).

Une *infection rubéoleuse non malformative* est définie par l'absence de malformation décelable associée à une sérologie positive en IgM antirubéoleuses (à la naissance ou à la ponction de sang foetal) ou à une recherche virale positive (sur un prélèvement du nouveau-né ou du fœtus).

Critères d'inclusion dans l'étude

Les femmes suivies en France métropolitaine et les femmes nées hors de France mais dont la grossesse a été suivie, même partiellement, en France, ont été incluses dans l'étude. Les primo-infections certaines et infections certaines ont été retenues pour l'analyse.

RÉSULTATS

Participation des laboratoires :

En 1998, 99 % (121/122) des laboratoires sollicités ont participé.

Nombres de cas recensés en 1998 et incidences :

En 1998, 27 cas répondaient à la définition : 22 primo-infections certaines, 5 infections certaines et pas de réinfection certaine. Parmi ces 27 femmes, 3 ont donné naissance à un enfant atteint de RCM et une à un fœtus malformé. Ainsi, l'incidence annuelle des infections rubéoleuses en cours de grossesse recensées en France métropolitaine par RENARUB est de **3,7/100 000 naissances vivantes** en 1998, celle des RCM de **0,41 /100 000 naissances vivantes** [Naissances au 1^{er} Janvier 1997 - Source : INSEE].

* Institut de Veille Sanitaire (InVS), Saint Maurice

Âge, gestité et statut vaccinal des femmes enceintes

Le pays de naissance, connu pour 18 femmes, est la France métropolitaine dans 16 cas. Soixante-dix pour-cent (19/27) des femmes enceintes infectées ont moins de 25 ans. Leur âge moyen à la maternité est de 24,4 ans alors que celui des femmes enceintes dans la population générale en France est de 29,2 ans (Source : INSEE 1997). Parmi les femmes dont les antécédents obstétricaux sont connus (24/27), 9 avaient au moins eu une grossesse antérieure et 6 l'avaient poursuivie. Parmi celles dont le statut vaccinal est connu (16/27), aucune n'avait été vaccinée.

Caractéristiques des cas

Terme de l'infection maternelle (Tab. 1) : L'infection est survenue avant la 12^e semaine d'aménorrhée (SA) chez 8 femmes, entre 12 et 18 SA chez 8 femmes, après 18 SA chez 6 femmes et le terme de l'infection est inconnu pour 5 femmes.

Tableau 1. Issue de la grossesse en fonction du terme au moment de l'infection rubéoleuse.
Rénarub, Année 1998 (n = 27)

Terme au moment de l'infection	Grossesse poursuivie	Interruption de grossesse	Avortement spontané	Issue inconnue
< 12 SA*	5	1	1	1
12 - 18 SA	6	2	-	-
> 18 SA	6	-	-	-
Imprecis ou indéterminé	3	1	-	1
Total	20	4	1	2

* SA = Semaine d'aménorrhée

Issue des grossesses : Le devenir de la grossesse a pu être recueilli pour 25 femmes infectées (93 %) : 20 grossesses ont été poursuivies, 4 ont été interrompues (ITG pratiquées entre 21 et 29 SA) et une fausse couche spontanée a eu lieu à 10 SA.

État clinique et sérologique des nouveau-nés (Tab. 2) : Parmi les 20 nouveau-nés, 3 ont été atteints de RCM, et 17 n'ont pas présenté de malformation décelable à la naissance. Parmi ces derniers, 6 ont été infectés, 7 ne l'ont pas été et 4 autres avaient un statut immunitaire inconnu. Dans les 3 cas de RCM, les infections maternelles sont survenues avant la 10^e SA, lors de la 12^e SA et entre la 9^e et la 14^e SA.

Tableau 2. État clinique et sérologique des nouveau-nés en fonction du terme au moment de l'infection rubéoleuse maternelle [primo-infection (n = 17) ou infection (n = 3)].
Rénarub, Année 1998

Terme au moment de l'infection maternelle	RCM	Absence de malformations + résultats de la recherche des IgM et/ou du virus		
		positifs	négatifs	inconnus
< 12 SA*	2	-	2	1
12 - 18 SA	1	3	3	-
> 18 SA	-	1	2	2
Imprecis ou indéterminé	-	1	1	1
Total	3	5	8	4

* SA = Semaine d'aménorrhée

État clinique et sérologique des fœtus (ITG) : Parmi les 4 fœtus, un seul a présenté des signes de rubéole malformative, deux autres ont été infectés et le dernier avait un statut immunitaire inconnu. Dans le cas de RM chez le fœtus, l'infection a été datée à la 13^e SA.

Pratique médicale en cas d'infection rubéoleuse : Toutes les femmes touchées ont eu au moins une sérologie positive en cours de grossesse et 88 % (22/25) en ont eu au moins deux. Un diagnostic prénatal (par ponction de sang fœtal ou amniocentèse) a été réalisé chez 16 femmes (60 %). Sur les 8 diagnostics prénataux positifs (IgM antirubéoleuses ou PCR positives), 3 ITG ont été pratiqués et 5 grossesses ont été poursuivies.

Parmi les 20 femmes ayant accouché, 5 femmes ont été infectées avant 12 SA. Deux d'entre elles n'ont pas eu de diagnostic prénatal et ont donné naissance à 2 enfants atteints de RCM. Pour l'une des deux, le diagnostic d'infection maternelle a été fait rétrospectivement à la naissance au vu de signes de foetopathie virale (purpura et hypotonie axiale), la mère ayant affirmé, au cours de la grossesse, avoir eu la rubéole pendant l'enfance, sans qu'il y ait eu de confirmation sérologique, bien qu'il y ait eu notion d'éruption fugace et de sérologie positive (sans distinction faite entre les IgG et les IgM) au cours du troisième mois de grossesse. Sur les 6 femmes infectées entre 12 et 18 SA, 5 ont eu un diagnostic prénatal et pour la sixième, le diagnostic d'infection

maternelle a été fait rétrospectivement après la naissance d'un enfant atteint de RCM (pneumopathie, malformations cardiaques, cataracte), ceci malgré une sérologie antérieure à la grossesse négative et une sérologie systématique en cours de grossesse ayant mis en évidence une séroconversion.

Sur les 4 ITG, l'une a été pratiquée sans diagnostic prénatal et n'a pas fait ensuite l'objet d'une recherche virale sur le fœtus.

Cas évitables par la vaccination en post-partum

Parmi les 9 femmes qui avaient eu au moins une grossesse antérieure (jusqu'à 4), 8 avaient de manière certaine ou très probable des antécédents obstétricaux en France, 6 ayant eu une sérologie négative antérieure à leur grossesse en France et 2 étant nées en France sans sérologie antérieure connue. Sur ces 8 femmes, 7 n'avaient pas été vaccinées et 1 avait un statut vaccinal inconnu.

DISCUSSION

Depuis 1991, la composition du réseau et le nombre de laboratoires participants sont stables, autorisant l'étude de l'évolution des incidences. Cependant, le réseau sous-estime l'incidence réelle des infections rubéoleuses en cours de grossesse et des RCM pour diverses raisons telles que le manque d'exhaustivité de la liste des laboratoires pratiquant la recherche d'IgM antirubéoleuses et la non inclusion de cas dans l'analyse par manque d'information. En 1998, cinq cas d'infections probables n'ont pu être pris en compte dans l'analyse. De plus, les rubéoles asymptomatiques ou atypiques étant fréquentes, ces infections ne sont pas toujours diagnostiquées chez la femme enceinte. Les RCM sont également sous estimés par ce système de surveillance car il ne recense pas les enfants pour lesquels les malformations sont diagnostiquées à distance de la naissance.

Après la recrudescence des infections rubéoleuses et des RCM observée en 1997, avec des incidences respectivement de 11,6 cas et 1,1 cas pour 100 000 naissances [2], on note une baisse de ces incidences en 1998 (Fig. 1). L'année 1998 représente probablement pour la rubéole une année de faible activité de transmission qui, en l'absence d'amélioration de la couverture vaccinale dans les différents groupes-cible, devrait être suivie de nouvelles recrudescences dans les années à venir. Cette succession de pics épidémiques, constatés en 1993, 1994 et 1997 par Renarub et par le système de surveillance des armées françaises, témoigne de la circulation du virus de la rubéole chez les jeunes adultes [3]. Elle est due à l'insuffisance de la couverture vaccinale (82 % à l'âge de 2 ans et 88 % à l'âge de 6 ans, données DREES provisoires 1998) qui laisse persister une proportion non négligeable de susceptibles dont l'accumulation permet la survenue d'épidémies périodiques. Les femmes jeunes en âge de procréer font partie des cohortes particulièrement à risque. Elles n'ont pas bénéficié d'une couverture vaccinale élevée dans l'enfance, ont pu échapper au rattrapage à 6 ans ou à l'adolescence et ont grandi dans un environnement où la réduction de l'incidence de la rubéole liée à la vaccination a diminué les occasions de contamination dans l'enfance. La seconde dose introduite en 1996 n'aura qu'un effet marginal sur cette situation dans la mesure où elle ne concerne actuellement que les enfants jusqu'à 6 ans. De plus elle a été mise en place dans le but de rattraper les échecs primaires de la vaccination qui sont très rares pour la valence rubéole du vaccin triple. En France l'investigation d'une épidémie de rubéole a permis d'estimer l'efficacité d'une dose unique de vaccin, administrée jusqu'à 10 ans auparavant, à 95 %.

Outre la nécessité d'améliorer rapidement et d'homogénéiser dans l'ensemble du pays la couverture vaccinale des nourrissons, le renforcement du rattrapage de la vaccination des jeunes filles et des femmes en âge de procréer non immunes apparaît prioritaire pour éviter la survenue prochaine de nouvelles bouffées épidémiques d'infections rubéoleuses durant la grossesse et des formes malformatives du nouveau-né et des ITG qui en sont les conséquences. En 1998, si les 8 femmes qui avaient des antécédents obstétricaux avaient été vaccinées à l'issue d'une grossesse antérieure, une RCM, 3 interruptions de grossesse et peut-être un avortement spontané, s'il était lié à l'infection rubéoleuse, auraient pu être évités. La vaccination en post-partum des femmes dépistées séronégatives en cours de grossesse nécessite une sensibilisation et une vigilance accrues des cliniciens.

RÉFÉRENCES

- [1] Direction Générale de la Santé, Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations, 1999.
- [2] Che D., Rebière I. - Les infections rubéoleuses chez la femme enceinte et le nouveau-né en France en 1997. - BEA 1999 ; 2 : 71-6.
- [3] Direction Centrale du Service de Santé des Armées - Surveillance Épidémiologique Hebdomadaire (SEH) - Années 1996-98.

Le réseau RENARUB regroupe les laboratoires d'analyses de biologie médicale suivants :
LABM VOLTAIRE MÉDICALE, 01210 FERNEY VOLTAIRE ; C.H. LENVAL, 06200 NICE ; LABORATOIRE VIROLOGIE, 06000 NICE ; LABM GILLY-MARTINEL, 12202 VILLEFRANCHE-ROUERGUE ; C.H.G., 13616 AIX-EN-PROVENCE ; HOPITAL LA TIMONE, 13385 MARSEILLE CEDEX 5 ; C.H.U., 14040 CAEN CEDEX ; LABM ST-JULIEN, 14000 CAEN ; SCP LAJOINIE CAUBEL, 15013 AURILLAC

CEDEX ; CENTRE DE DIAGNOSTICS, 17102 SAINTES CEDEX ; C.H., 20184 AJACCIO ; C.H.R.U. DU BOCAGE LABM, 21034 DIJON ; C.H., 22500 PAINPOL ; C.H.U. LABO DE VIROLOGIE, 25030 BESANCON CEDEX ; LABM DE CLERQ PLENEL DAYET, 26001 VALENCE CEDEX ; C.H. 28018, CHARTRES CEDEX ; C.H.R., 29279 BREST CEDEX ; LABM DESTAINVILLE, 29000 QUIMPER ; C.H.R.U. GASTON DOUMERGUE, 30006 NIMES ; LABM BELLOCO, 31650 SAINT-ORENS-DE-GAMEVI ; LABM LEGRAND MAZALEYRA, 31076 TOULOUSE CEDEX ; C.H.U. RANGUEIL, 31054 TOULOUSE CEDEX ; C.H.U. PURPAN, 31059 TOULOUSE CEDEX ; LABORATOIRE LASPOUGEAS, 32120 MAUVEZIN ; A.R.A.Q. Pr MARTIN, 33020 BORDEAUX CEDEX ; HÔPITAL INSTR. DES ARMÉES, 33998 BORDEAUX ARMÉES ; LABM TESSIER, 33990 HOURSIN ; LABM DES ALLÉES DE TOURNY, 33080 BORDEAUX ; HÔPITAL PELLEGRIN, LAB VIROLOGIE, 33076 BORDEAUX CEDEX ; C.H.G., 34321 BÉZIERS ; SCP LABORATOIRE CORBIÈRE, 34000 MONTPELLIER ; HÔPITAL LAPEYRONIE, 34059 MONTPELLIER CEDEX ; C.H.U. PONTCHAILLON, 35033 RENNES CEDEX ; LABORATOIRE MÉDICAL ORIGET, 37000 TOURS ; C.H.R. BRETONNEAU VIROLOGIE, 37044 TOURS CEDEX ; C.H.R.U. A. MICHALLON, 38043 GRENOBLE ; LABORATOIRE PLANTIER-PEGUY, 38313 BOURGOIN-JALLIEU CEDEX ; LABM GIRAUD ROUX, 42190 CHARLIEU ; C.H.R.U. ST-ÉTIENNE, 42277 ST-PRIEST-EN-JAREZ ; LABM LUITAUD-ACHARD, 43100 BRIOUDE ; LABM D'ANCENIS, 44155 ANCENIS CEDEX ; LABM ROBERT, 44290 GUÉMENE PENFAO ; LABM JOUDON QUINTON, 44402 CEZE CEDEX ; C.H.R. HÔTEL DIEU, 44035 NANTES CEDEX ; LABORATOIRE TRICHEREAU, 44007 NANTES CEDEX ; C.H.R. ORLEANS, 45032 ORLEANS CEDEX ; LABORATOIRE FREROT MARCELIS, 47000 AGEN ; LABORATOIRE OLIVOT-MARIOTTI, 47004 AGEN CEDEX ; C.H.U., 49033 ANGERS CEDEX 01 ; LABM DOUILLARD, 49290 CHALONNES-SUR-LOIRE ; C.H., 50303 AVRANCHES CEDEX ; C.H. LOUIS PASTEUR, 50107 CHERBOURG ; HÔPITAL ROBERT DEBRÉ, 51092 REIMS CEDEX ; LABO MÉDICO BIOLOGIQUE, 54004 NANCY CEDEX ; MATERNITÉ REG. « A.PINARD », 54042 NANCY CEDEX ; LABM DU VIEUX MOULIN, 54390 FROUARD ; C.H.R.U. NANCY BRABOIS, 54511 VANDŒUVRE-LES-NANCY ; LABM LAZARE-SCHÉPPLER-FUIOU, 57070 METZ ; LABM STAHL KUNTZEL, 57000 METZ ; C.H.R. DE THIONVILLE, 57212 THIONVILLE ; LABORATOIRE ARTUS-DAUCHY-GOUDAERT, 59400 CAMBRAI ; C.H., 59507 DOUAI ; INSTITUT PASTEUR, 59000 LILLE ; LABORATOIRE LAVIEVILLE-COPPE, 59820 GRA-

VELINES ; C.H.R.U. BATIMENT IRFPS, 59037 LILLE CEDEX ; HÔTEL DIEU LABM, 59322 VALENCIENNES ; C.H., 60208 COMPIÈGNE CEDEX ; C.H. 61014 ALENCON ; LABORATOIRE COLLANGE, 62680 MÉRICOURT ; LABORATOIRE Dr VALTILLE, 62700 BRUAY-EN-ARTOIS ; C.H.R.U. ST-JACQUES, 63003 CLERMONT-FERRAND CEDEX ; LABM PALAIS DES PYRENEES, 64000 PAU ; C.H., 64011 PAU CEDEX ; FAC DE MÉDECINE, 67085 STRASBOURG ; C.H.R. LOUIS PASTEUR, 68021 COLMAR CEDEX ; FONDATION MARCEL MÉRÉIEUX, 69357 LYON CEDEX 7 ; UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD, 69373 LYON CEDEX 08 ; C.H., 74000 ANNECY ; HÔPITAL BICHAT CL. BERNARD, 75877 PARIS CEDEX 19 ; HÔPITAL BOUCICAUT, 75015 PARIS ; INSTITUT FOURNIER, 75014 PARIS ; HÔPITAL LARIBOISIÈRE, 75475 PARIS CEDEX 10 ; HÔPITAL NOTRE-DAME-DU-BON-SECOURS, 75674 PARIS CEDEX 14 ; HÔPITAL NECKER, 75743 PARIS CEDEX 15 ; Pr THULLIEZ, 75014 PARIS ; HÔPITAL ROBERT DEBRÉ, 75019 PARIS ; HÔPITAL SAINT-LOUIS, 75010 PARIS ; HÔPITAL ST-VINCENT-DE-PAUL, 75674 PARIS CEDEX 14 ; HÔPITAL TROUSSEAU, LAB VIROLOGIE, 75571 PARIS CEDEX 12 ; HÔPITAL ARMÉES VAL-DE-GRÂCE, 75230 PARIS CEDEX 05 ; INSTITUT PASTEUR, 75724 PARIS CEDEX 15 ; HÔPITAL CHARLES NICOLLE, 76038 ROUEN CEDEX ; C.H., 77140 NEMOURS ; LAB. COUSIN & LAUTRAITE, 77332 MEAUX CEDEX ; C.H., 80101 ABBEVILLE ; HÔPITAL SUD, 80054 AMIENS CEDEX 1 ; C.H., 81013 ALBI ; LABM COUSTON-BLEUNVEN, 81000 ALBI ; SCP LAB ODENT-FOURCADE, 81600 GAILLAC ; LABM BOUHNIC ET SARFATI, 84005 AVIGNON CEDEX ; SCP LABO, MEIRE AÏMON MEIRE, 86100 CHATELLERAULT ; C.H., 86021 POITIERS CEDEX ; C.H.U. DUPUYTREN, 87042 LIMOGES CEDEX ; LABORATOIRE RABY-CHEYROUX, 87038 LIMOGES CEDEX ; LABM DENIS, 88000 ÉPINAL CEDEX ; LABORATOIRE DEHENRY-MELIN, 89100 SENS ; HÔPITAL ANTOINE BECLÈRE, 92141 CLAMART ; HÔPITAL AMÉRICAIN, 92202 NEUILLY-SUR-SEINE ; C.H.G., 93602 AULNAY-SOUS-BOIS ; HÔPITAL AVICENNE, 93009 BOBIGNY CEDEX ; C.H.U. DE BICETRE, 94275 LE KREMLIN-BICETRE ; HÔPITAL INTERCOMMUNAL, 94010 CRÉTEIL CEDEX ; C.H. VICTOR DUPOUY, 95101 ARGENTEUIL ; LABORATOIRE CERBA, 95310 ST-OUEN L'AUMONE ; C.H. RÉNE DUBOIS, 95301 PONTOISE ; HÔPITAL ST-HYACINTE, 97100 BASSE-TERRE ; C.H. DU LAMENTIN, L.A.B.M., 97232 LAMENTIN ; C.H., 97110 POINTE-A-PITRE ; HÔPITAL, 97405 SAINT-DENIS ; LABORATOIRE, 97320 ST-LAURENT-DU-MARONI ; INSTITUT PASTEUR, 98000 NOUMÉA ; C.H.T. DE MAMAO, 98000 PAPEETE, TAHITI.

ANNONCE

Quand la santé devient affaire publique

Restructuration de l'offre de soins, évolution des lieux et des processus de décision, place des usagers, exigence de résultats, interrogation sur les disparités de santé et leurs déterminants sont les problématiques aujourd'hui partagées par tous les acteurs. Ce sont celles du 9^e congrès des ORS. Les différentes sessions qui se tiendront en parallèle seront organisées autour de 5 thématiques : nutrition, santé-précarité, vieillissement et santé, suicide-dépression, organisation des soins.

PROGRAMME ET RENSEIGNEMENTS

Mme Brigitte Klok : 02 40 41 41 28

e-mail :

brigitte.klok@orspaysdelaloire.com

<http://www.sante-pays-de-la-loire.com>

LA SANTÉ DES ANNÉES 2000

NANTES

28 et 29 septembre 2000

9^e congrès des Observatoires Régionaux de la Santé

- 60 conférences,
- des communications libres,
- des tables rondes,
- une exposition,
- un cybercafé,
- le village des ORS,
- un espace documentaire,
- des symposiums satellites.

NOS PARTENAIRES

- Ministère de l'emploi et de la solidarité,
- DGS, Direction générale de la santé,
- DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,
- HCSP, Haut comité de la santé publique,
- InVS, Institut national de veille sanitaire,
- Mutualité française,
- DRASS des Pays de la Loire,
- Conseil régional des Pays de la Loire,
- Mairie de Nantes,
- Conseil général de Loire-Atlantique,
- Conseil général du Maine-et-Loire,
- Conseil général de la Sarthe,
- Union régionale des caisses d'assurance maladie des Pays de la Loire,
- Caisse régionale d'assurance maladie des Pays de la Loire,
- Mutualité de Loire-Atlantique,
- Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

Cinq thématiques

NUTRITION

- de la recherche en nutrition à l'action en santé publique,
- prévenir l'obésité des enfants et des adolescents,
- restauration collective.

SANTÉ-PRÉCARITÉ

- définitions, représentations, repères,
- bilan de la CMU,
- précarité et santé : quels liens ?
- santé et précarité au travail,
- santé et processus d'exclusion.

VIEILLISSEMENT ET SANTÉ

- Vieillissement cognitif et démences,
- épidémiologie de la malnutrition,
- prévention des chutes,
- prise en charge de la malvoyance,
- réseaux gérontologiques.

SUICIDE-DÉPRESSION

- recherche, soins aux suicidants,
- prévention par les actions de terrain,
- programmes régionaux de santé.

ORGANISATION DES SOINS

- évaluation : quelles stratégies ?
- information et participation des usagers,
- permanence des soins et réponses aux urgences.