



SITUATION EN FRANCE

 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE JUILLET 1986
 (Semaines 28 à 32)

RÉGIONS	MALADIES																				
	Typhoïde	Dysenterie (shigelle)	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	Hépatite virale	Teigne	Scarlatine	Rougeole	Poliomyélite	Rickettsiose	Diphtérie	Leptospirose	Lèpre	Paludisme	Tularémie	Dysenterie amibienne	Coqueluche	Psittacose
Alsace	9		2	1		22		1		2							3				
Aquitaine	1				1	38	1														
Auvergne	3	1	2			11	1	4		4	12										
Bourgogne	3		2			30		1			4						1				
Bretagne	1		2	2		41	2				1						2				
Centre			1			38	2				8										
Champagne - Ardenne			12	2		20		3			2				2						
Corse	2			3		1		1									1				
Franche-Comté			1		1	32		9		2	2										
Ile-de-France	4	1	8	1	1	278	1	8	2	3	1				3		12				
Languedoc - Roussillon	2		2	7		22		2			8		1							1	
Limousin			2			9								2							
Lorraine	4		5		1	12	1	3									1				
Midi - Pyrénées	5		11	6	1	25		9	1						1						
Nord - Pas-de-Calais	2		10	1		83	1	1			1				2						
Basse-Normandie			1			24					1										
Haute-Normandie	1		2			48	1	2		1	12										
Pays de la Loire	1		4		1	44		4		3	1										
Picardie			6	1	1	75		1			4					1					
Poitou - Charentes	4		1			31	1	3			3										
Provence - Alpes - Côte d'Azur	6		8	1		100	1	6													
Rhône - Alpes	5		8			67		3		2	1										
TOTAL	53	2	90	25	7	1 051	12	61	3	17	61		1	2	8	1	20			1	
32 premières semaines 1986	221	26	651	167	35	6 583	38	890	76	322	244	1	3	3	24	7	105	1	8	42	2

LE POINT SUR...

 RÉSEAU NATIONAL TÉLÉINFORMATIQUE DE SURVEILLANCE ET D'INFORMATION
 SUR LES MALADIES TRANSMISSIBLES :
 LE POINT SUR LES URÉTRITES MASCULINES EN 1985

M. Coulibaly*, J. Ménarès*, E. Bouvet** et A.-J. Valleron*

INTRODUCTION

Un Réseau national téléinformatique de surveillance et d'information sur les maladies transmissibles a été mis en place dans le cadre d'une collaboration entre la Direction générale de la Santé et l'Inserm par

l'unité de recherches biomathématiques et biostatistiques depuis novembre 1984. À côté de diverses missions d'information dans le domaine des maladies transmissibles, cinq maladies sont surveillées : les urétrites masculines, l'hépatite présumée virale, les syndromes grippaux, la rougeole et les oreillons.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le Réseau national téléinformatique de surveillance et d'information sur les maladies transmissibles est constitué de médecins généralistes bénévoles répartis sur toute la France. Ces médecins signalent par voie

* Unité de recherches biomathématiques et biostatistiques U 263 Inserm/université de Paris 7, 2, place Jussieu, Tour 53, 1^{er} étage, 75251 Paris cedex 05.

** Direction générale de la Santé, bureau des maladies transmissibles, 1, place de Fontenoy, Paris.

télématique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 leurs observations de nouveaux cas d'urétrite masculine. Le critère retenu est que l'urétrite doit être récente. Les renseignements recueillis concernent les cas d'urétrite masculine diagnostiqués en 1985. La collecte et le traitement des données, la diffusion de l'information en retour sous forme de pages vidéotex et la communication entre les partenaires du réseau sont assurés par un ordinateur-serveur frontal en réseau local avec d'autres micro-ordinateurs spécialisés dans les différentes tâches.

RÉSULTATS/CONCLUSION

Les résultats concernent la première année de fonctionnement du système de surveillance et sont les suivants : le nombre de cas par médecin par semaine est de 0,17 et le nombre moyen de cas annuel par médecin est de 8,84. Si l'on admet la représentativité du réseau, le nombre total de cas d'urétrite peut être grossièrement estimé à 440 000, ce qui correspondrait à une incidence d'environ 1 650 cas annuels pour 100 000 hommes âgés de 13 ans et plus ; un écoulement a été signalé dans 77,7 % des cas.

L'âge moyen des cas signalés est de 33 ans. 7 % des sujets atteints ont moins de 20 ans, 44 % de 20 à 30 ans, 26 % de 31 à 40 ans et 23 % plus de 40 ans. Une incidence maximale a été observée en août-septembre. Aux USA, l'incidence varie entre 388 et 418 (MMWR, 32, 54, 1984), elle est de 668 en Belgique (Strobant et al., 1985). La grande différence entre les incidences pose le problème des critères utilisés pour la déclaration. En 1986, nous comptons augmenter le nombre de critères, y compris biologiques, et produire des résultats tenant compte de ces différents critères.

SITUATION INTERNATIONALE

COMITÉ DES INFECTIONS À ORTHOPOXVIRUS Rapport de la quatrième réunion

Une fois l'éradication de la variole confirmée en 1980 par l'Assemblée mondiale de la santé, l'O.M.S. a mis en place un programme quinquennal pour exécuter les politiques post-éradication adoptées par l'Assemblée dans sa résolution WHA33.4. Ce programme, recommandé par la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la variole, était destiné à dissiper toute crainte de réapparition de la variole et à produire une documentation complète sur les efforts déployés. Les progrès accomplis par le programme post-éradication ont été passés en revue année par année. La quatrième réunion du Comité des infections à orthopoxvirus, tenue à Genève du 24 au 26 mars 1986, avait pour tâche d'examiner la mise en œuvre des 19 recommandations sur la politique post-éradication faites à l'Assemblée mondiale de la Santé par la Commission mondiale et de recommander les politiques à suivre à partir de 1986.

La réunion a donc examiné la mise en œuvre de la politique post-éradication, en accordant une attention particulière à l'état des stocks de virus variolique et à leur avenir, à la réserve d'urgence de vaccin antivariolique de l'O.M.S. à la surveillance de l'orthopoxvirose simienne de l'homme et aux progrès accomplis en matière de documentation sur le programme.

I. POLITIQUE VACCINALE

L'O.M.S. a été informée que tous les États membres avaient désormais mis fin à la vaccination systématique. Aucun des pays au monde n'exige plus de certificat de vaccination antivariolique des voyageurs internationaux.

Il ressort des derniers rapports reçus par l'O.M.S. au sujet de la production et de la distribution de vaccin par les laboratoires qu'en 1984, sept pays ont produit au total 3,8 millions de doses de vaccin antivariolique. Une partie de cette production était destinée à la vaccination du personnel militaire. Dix pays ont cependant informé

l'O.M.S. qu'ils avaient renoncé à vacciner leur personnel militaire contre la variole.

Des progrès importants ont été accomplis dans l'obtention par génie génétique de souches de virus vaccinal capables de susciter une immunité à l'égard de plusieurs agents infectieux. Le Comité s'attend à ce que les essais sur l'homme de ces vaccins débutent sous peu et que plusieurs de ces souches de virus vaccinal puissent à l'avenir être produites et utilisées dans le cadre de programmes de vaccination. Il faut néanmoins distinguer clairement la vaccination antivariolique systématique, désormais universellement abandonnée, et l'utilisation de souches modifiées de virus vaccinal comme vecteurs dans le cadre de programmes de vaccination contre d'autres maladies. Cette nouvelle utilisation du virus vaccinal n'avait pas été prévue au moment où la Commission mondiale a formulé ses recommandations à l'O.M.S. Un comité a été chargé par l'O.M.S. de coordonner la mise au point d'antigènes vaccinaux par génie génétique sous les auspices des services d'appui en microbiologie et immunologie de la Division des maladies transmissibles.

II. STOCKS DE VACCINS

L'O.M.S. conserve des stocks de réserve de vaccin antivariolique suffisants pour protéger 200 millions de personnes en utilisant des aiguilles bifurquées. Les 7,4 millions de doses conditionnées pour injection sans aiguille ont été détruites ainsi que l'avait recommandé le Comité à sa troisième réunion, en 1984, et après consultation des pays qui avaient offert le vaccin. Les stocks restants sont entreposés dans 2 centres (Genève et Lausanne) et des épreuves d'activité sont régulièrement effectuées pour s'assurer de la bonne qualité du vaccin.

Le Comité a été informé que plus de 102 millions de doses de vaccin antivariolique sont détenues par 22 pays et que les conditions de conservation d'au moins 80 % de ces stocks sont satisfaisantes. Considérant que près de dix ans se sont écoulés depuis

le dernier cas de variole endémique et que l'orthopoxvirose simienne de l'homme ne s'est pas révélée poser un problème grave pour l'homme (voir section 5), le Comité estime qu'une situation d'urgence imprévue est désormais si improbable qu'il n'est plus nécessaire que l'O.M.S. conserve une réserve mondiale de vaccin.

Le Comité a été informé que des lots de semence du virus vaccinal étaient toujours détenus par 4 centres collaborateurs O.M.S.

III. EXAMEN DES CAS SUSPECTS

Le Comité a été informé que le nombre de cas suspects de variole notifiés à l'O.M.S. à la suite de rumeurs avait progressivement diminué, passant de 31 en 1980 à 10 en 1985. Les autorités nationales compétentes ont enquêté comme il le fallait sur ces cas suspects, avec l'aide de centres collaborateurs O.M.S. et d'épidémiologistes de l'organisation. Aucun ne s'est révélé être un cas de variole. Le Comité estime qu'il faut s'attendre à de nouvelles rumeurs, mais que, dans la plupart des cas, les enquêtes peuvent en toute sécurité être confiées aux autorités médicales des États membres, les compétences de l'O.M.S. et son concours pouvant s'avérer nécessaires dans certains cas pour maintenir la confiance du public à l'égard de l'éradication.

IV. LABORATOIRES DÉTENANT DES STOCKS DE VIRUS VARIOLIQUE

Deux équipes d'inspection de l'O.M.S. se sont rendues dernièrement dans les 2 laboratoires qui continuent de détenir des stocks de virus variolique, à savoir les **Centers for Disease Control** (Atlanta, États-Unis d'Amérique) et l'Institut de recherche sur les préparations virales (Moscou, U.R.S.S.) en novembre 1985 et janvier 1986 respectivement. Les rapports d'inspection se sont révélés satisfaisants pour les 2 laboratoires. L'un comme l'autre ont

cessé de cultiver le virus variolique et aucun des 2 laboratoires n'a l'intention à l'heure actuelle de reprendre des travaux comportant la culture de ce virus.

Le Comité a examiné la question du maintien des stocks actuels de virus variolique. Il a noté que le génome du virus variolique pouvait être cloné dans des plasmides bactériens, au niveau de régions ne s'exprimant pas, en vue d'études futures. L'A.D.N. ainsi cloné suffirait aux fins d'archivage du virus. Le Comité a été informé que des plasmides contenant l'A.D.N. du virus variolique avaient été préparés au **Public Health Laboratory Service Centre for Applied Microbiology and Research** de Porton Down (Salisbury, Royaume-Uni) et aux **Centers for Disease Control** (Atlanta, États-Unis d'Amérique). Ces plasmides sont classés au niveau 1 de sécurité biologique. On a procédé au clonage de l'A.D.N. de 2 souches de variole majeure (Harvey et Bangladesh), de 2 souches de variole mineure (alastrim) (Garcia et Butler) et d'une souche de variole mineure africaine (Somalie), mais les fragments terminaux réticulés n'ont absolument pas été clonés et la série des fragments internes de Butler est en cours de construction. Le Comité estime qu'il n'est pas essentiel de cloner les fragments terminaux réticulés mais qu'il serait souhaitable d'ajouter à la collection du matériel provenant d'une souche variolique d'Afrique occidentale. Les plasmides contenant des fragments d'A.D.N. du virus variolique sont à la disposition des chercheurs qui voudraient les utiliser. Les demandes doivent être adressées à l'O.M.S., 1211 Genève 27 (Suisse). L'O.M.S. transmettra les demandes au directeur du laboratoire qui détient des stocks de virus.

L'exécution de la décision de détruire tous les stocks de virus variolique existants pouvant être irrévocable, un membre du Comité a consulté, avant la réunion, une soixantaine de virologistes travaillant dans 21 pays : 5 seulement ont estimé qu'il fallait conserver indéfiniment le virus variolique.

Ayant pris ces arguments en considération, le Comité a estimé que l'A.D.N. cloné constitue un matériel de référence suffisant pour résoudre tout problème diagnostique qui pourrait se poser à l'avenir au sujet de cas suspects de variole et que les recherches sur la variole impliquant la culture du virus

ne sont plus justifiées. Ainsi, selon le Comité, n'est-il plus nécessaire de conserver des stocks de virus variolique viable.

V. SURVEILLANCE DE L'ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE ET RECHERCHE SUR CETTE MALADIE

Les cas humains d'orthopoxvirose simienne observés depuis 1980 se répartissent comme suit : 8 cas en 1981, 39 en 1982, 84 en 1983, 89 en 1984, et 55 en 1985 (chiffre provisoire). 6 cas parmi ceux dépistés en 1984 se sont produits en République centrafricaine, et tous les autres au Zaïre. Aussi les études portant sur l'épidémiologie et l'écologie de l'orthopoxvirus simien se sont-elles concentrées sur les 5 régions du Zaïre où des cas avaient été observés les années précédentes.

La vaccination antivariolique systématique a été abandonnée au Zaïre en 1980, aussi une cohorte d'enfants vulnérables âgés aujourd'hui de 0 à 5 ans existe-t-elle dans toutes ces régions.

Le nombre de cas dépistés en 1983 et 1984 a été plus élevé que les années précédentes, mais l'on estime que cela est dû uniquement à l'amélioration de la surveillance. En 1985, le nombre de cas a baissé malgré l'augmentation du nombre d'enfants vulnérables; la répartition des cas par âge n'a pas changé et les taux d'atteinte secondaire ont diminué.

Un modèle stochastique a été mis au point sur la base des dossiers des cas secondaires survenus chez des contacts vaccinés ou pas et vivant ou non sous le même toit que le cas initial. Cette modélisation paraît valable dans la mesure où elle a permis des prévisions très proches des nombres observés. On a pu l'utiliser pour extrapoler la probabilité de propagation de l'orthopoxvirose simienne lorsque l'immunité vaccinale passera de 50 à 0 %. Le modèle prévoit en outre que même en l'absence de vaccination, les poussées épidémiques seraient limitées et n'auraient guère plus d'ampleur que les précédentes.

Les études écologiques sur le réservoir de l'orthopoxvirus simien ont progressé rapidement ces deux dernières années et ont permis notamment d'isoler pour la première fois le virus chez un animal capturé à l'état sauvage. Il s'agissait d'un petit écureuil

(*Funisciurus anerythrus*), espèce courante dans les palmiers à huile que l'on trouve sur les terres agricoles séparant les villages et la forêt primaire.

Les recherches épidémiologiques laissent supposer que beaucoup d'orthopoxviroses simiennes de l'homme sont contractées dans cet environnement et la transmission du virus parmi les écureuils a été confirmée par le fait que sur plus de 300 écureuils capturés dans cette région 14 à 20 % présentaient des anticorps spécifiques de l'orthopoxvirose simienne.

Une surveillance intensive a permis de couvrir une population d'environ 5 millions d'habitants. Étant donné la très faible incidence des cas humains d'orthopoxvirose simienne et compte tenu du fait que l'on est de plus en plus convaincu que le virus ne peut pas se propager par transmission interhumaine, le Comité estime que cette maladie ne pose pas de problème de santé important. Il est conforté dans cette opinion par le fait que des cas humains sporadiques se sont produits sur un laps de temps assez long sans qu'un variant qui permette la transmission interhumaine ne soit apparu.

VI. RECHERCHES DE LABORATOIRE

Les 2 centres collaborateurs O.M.S. qui conservent du virus variolique ont abandonné les recherches impliquant la culture de virus variolique et n'envisagent aucune expérience de ce type.

Bien que les laboratoires engagés dans des recherches sur les poxvirus soient plus nombreux aujourd'hui qu'en 1980, les centres collaborateurs O.M.S. d'Atlanta, de Moscou et de Tokyo ont encore un rôle important à jouer en mettant leurs compétences au service du diagnostic des cas suspects et en appuyant des études portant sur l'écologie de l'orthopoxvirus simien. Le Comité prévoit qu'une coopération se développera entre les centres collaborateurs O.M.S. et les autres laboratoires intéressés par l'orthopoxvirose simienne et par la mise au point de nouvelles techniques applicables notamment au diagnostic sérologique. Le Comité a noté qu'une équipe japonaise s'est dernièrement rendue au Zaïre et y a conclu un accord bilatéral qui prévoit un appui aux activités de surveillance.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le Comité, ayant examiné de façon détaillée la mise en œuvre des 19 recommandations formulées par la Commission mondiale, a conclu que le succès de l'éradication de la variole était assuré et que la mise en œuvre des mesures recommandées par la Commission mondiale était pour ainsi dire achevée.

En octobre 1987, dix ans se seront écoulés depuis le dernier cas de variole endémique — soit un laps de temps plus que suffisant pour que l'on puisse être totalement assuré que la variole naturelle ne fera pas sa réapparition.

Le Comité recommande de convoquer, en octobre 1987, un comité spécial chargé de

de vérifier que les mesures énumérées précédemment ont bien été prises, d'en informer l'Organisation et le Comité et d'approuver les recommandations ci-après :

- Il n'est plus nécessaire de conserver une réserve de vaccin antivariolique et le maintien d'un stock mondial par l'O.M.S. n'est plus indiqué. Les vaccins détenus par l'O.M.S. devront être retournés aux donateurs qui en feront la demande.
- Les laboratoires collaborateurs O.M.S. devront conserver des stocks de virus de semence pour la préparation du vaccin.
- Les stocks restants de virus variolique viable devront être détruits.

- La vaccination antivariolique visant à protéger le personnel militaire contre la maladie devra être abandonnée.

- Le siège de l'O.M.S. devra disposer de spécialistes chargés d'examiner les cas suspects de variole qui lui seraient notifiés à la suite de rumeurs; en outre, il coordonnera et soutiendra les activités des laboratoires collaborateurs O.M.S. chargés de vérifier le diagnostic, afin de maintenir la confiance des États membres en la réalité de l'éradication.

- Il faudra encourager la poursuite des recherches sur l'orthopoxvirose simienne et les maladies apparentées hors de l'Organisation.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Semaine du 6 au 12 octobre 1986

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	915 676	4							LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448	1						
	68 - Rhin (Haut-)	650 372						2	1		23 - Creuse	139 968							
	Total	1 566 048	4					2	1		87 - Vienne (Haute-)	355 737							
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356						1		LORRAINE	Total	737 153	1						
	33 - Gironde	1 127 546						1			54 - Meurt.-et-Mos.	716 846	2						
	40 - Landes	297 424									55 - Meuse	200 101							
	47 - Lot-et-Garonne	298 522	1								57 - Moselle	1 007 189						5	
	64 - Pyrénées-Atlant.	555 670									88 - Vosges	395 769							
	Total	2 656 518	1					2			Total	2 319 905	2					5	
AUVERGNE	03 - Allier	369 580								MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 443			2				
	15 - Cantal	162 838									12 - Aveyron	278 654							
	43 - Loire (Haute-)	205 895						1			31 - Garonne (Hte-)	824 501							
	63 - Puy-de-Dôme	594 365						3			32 - Gers	174 154							
BOURGOGNE	Total	1 332 678						4			46 - Lot	154 533							
	21 - Côte-d'Or	473 548						2			65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	58 - Nièvre	239 635									81 - Tarn	339 345	1						
	71 - Saône-et-Loire	571 852	1								82 - Tarn-et-Gar.	190 485				1		1	
	89 - Yonne	311 019	1								Total	2 326 037	1		2	1		1	
BRETAGNE	Total	1 596 054	2					2		NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 520 526	1		1			17	
	22 - Côtes-du-Nord	538 869									62 - Pas-de-Calais	1 412 413						8	
	29 - Finistère	828 364			1			4			Total	3 932 939	1		1			25	
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764								NORMANDIE (BASSE-)	14 - Calvados	589 559						3	
	56 - Morbihan	590 889			1			3			50 - Manche	465 948						1	
	Total	2 707 886			2			7			61 - Orne	295 472							
CENTRE	Total	2 264 164	3					14		NORMANDIE (HAUTE-)	Total	1 350 979						4	
	18 - Cher	320 174						4			27 - Eure	462 323						2	
	28 - Eure-et-Loir	362 813	3					2			76 - Seine-Maritime	1 193 039	1					7	
	36 - Indre	243 191								PAYS DE LA LOIRE	Total	1 655 362	1					9	
	37 - Indre-et-Loire	506 097									44 - Loire-Atlant.	995 498	2			1		4	
	41 - Loir-et-Cher	296 220						3			49 - Maine-et-Loire	675 321			1			4	
	45 - Loiret	535 669						5			53 - Mayenne	271 784							
CHAMPAGNE - ARDENNE	Total	2 264 164	3					14			72 - Sarthe	504 768						1	
	08 - Ardennes	332 338								PICARDIE	85 - Vendée	483 027	2						
	10 - Aube	289 300		1	2						Total	2 930 398	4		1	1		9	
	51 - Marne	543 627									02 - Aisne	533 970						6	
	52 - Marne (Haute-)	210 670									60 - Oise	661 781						1	
CORSE	Total	1 345 935		1	2					POITOU - CHARENTES	80 - Somme	544 570						5	
	2 B - Corse (Haute-)	127 200				1					Total	1 740 321						12	
	2 A - Corse-du-Sud	102 800					1				16 - Charente	340 770	1					1	
FRANCHE-COMTÉ	Total	230 000									17 - Charente-Mar.	513 220	2						
	25 - Doubs	477 163								PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	79 - Sèvres (Deux-)	342 812							
	39 - Jura	242 925									86 - Vienne	371 428							
	70 - Saône (Haute-)	231 962						5			Total	1 568 230	3					1	
	90 - Terr. de Belfort	131 999									04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068				1			
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 084 049						5			05 - Alpes (Hautes-)	105 070							
	75 - Paris (Ville)	2 176 243	3					17		RHÔNE - ALPES	06 - Alpes-Marit.	881 198	2		1			7	
	77 - Seine-et-Marne	886 918	2					1			13 - B.-du-Rhône	1 724 199	3		1				
	78 - Yvelines	1 196 111						3			83 - Var	708 331	1						
	91 - Essonne	988 306	2					10			84 - Vaucluse	427 343	1					2	1
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039	2					2			Total	3 965 209	7		2	1		9	1
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301									01 - Ain	418 518	8						
	94 - Val-de-Marne	1 193 655						3			07 - Ardèche	267 970							
	95 - Val-d'Oise	920 587			1			4			26 - Drôme	389 781	1						
	Total	10 073 160	9		1			40			38 - Isère	936 771	1					5	
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	280 686									42 - Loire	739 521	3						
	30 - Gard	530 478	1					3		TOTAL DE LA SEMAINE	69 - Rhône	1 445 208							
	34 - Hérault	706 499	1								73 - Savoie	323 675							
	48 - Lozère	74 294									74 - Savoie (Haute-)	494 505							
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557									Total	5 015 947	13					5	
	Total	1 926 514	2					3		FRANCE MÉTROPOLITAINE TOTAL : 54 334 871	42 premières semaines de 1986		512	63	747	187	66	8 368	65
FRANCE OUTRE-MER	971 - Guadeloupe										42 premières semaines de 1985		465	74	732	205	99	9 286	57
	972 - Martinique																		
	973 - Guyane		4					3											
	974 - Réunion							1											

Responsable de la publication : D^r Elisabeth BOUVET
 Rédaction : D^{rs} Christine JESTIN, Jean PERRIN, Jean-Baptiste BRUNET
 Administration : M. André CHAUVIN
 Conception : BERNARD RIGAUD-CONSEIL, 64000 Pau

Direction générale de la Santé
 Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
 Bureau 1 C : 1, place Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 45 67 55 44
 N° CPP : 2015 AD

Pour recevoir un abonnement, il suffit de s'adresser à la rédaction