

BEH

Éditorial p. 1
« X Files syndrome »
dans un établissement scolaire p. 2

N° 01/2002

1^{er} janvier 2002

Avec ce premier numéro de l'année 2002, le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire s'engage dans une nouvelle étape de sa publication et amorce un nouvel élan. Cette évolution s'avère nécessaire pour prendre en compte les développements récents du dispositif épidémiologique de notre pays. La montée en puissance des Agences de sécurité sanitaire et des réseaux de veille sanitaire animés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) permet de renforcer les actions de surveillance de l'état de santé de la population et d'ouvrir de nouveaux chantiers en matière d'épidémiologie d'intervention. Les besoins et l'appétence des professionnels de santé en informations épidémiologiques, tant sur l'évolution des grands problèmes de santé que sur les aspects de protection sanitaire, sont de plus en plus étendus.

Le BEH, dont la vocation a toujours été de rendre compte de façon réactive des données de surveillance et des résultats d'études épidémiologiques utiles aux décisions et aux actions de santé publique se doit donc d'évoluer et de s'adapter à ce nouveau paysage et ces nouvelles exigences.

Dans ce contexte, je souhaite en premier lieu, remercier très vivement l'équipe de rédaction qui s'investit dans l'élaboration du BEH depuis trois ans avec beaucoup de dévouement et d'efficacité et qui anime aujourd'hui la réflexion sur l'évolution de cette publication. Afin de permettre à cette équipe d'impulser au BEH une nouvelle dynamique, l'InVS a souhaité renforcer ses moyens. C'est ainsi qu'un poste de rédacteur en chef à temps plein vient d'être créé et je salue l'arrivée de Florence Rossollin sur ce poste. Son expérience de l'édition scientifique, notamment au sein d'organismes de recherche, constitue un apport très précieux pour la réussite de ce projet. Elle sera secondée par une assistante d'édition, Linda Boyeaux, qui assume cette fonction depuis près d'un an et dont les activités passées au sein du Service des systèmes d'information de l'InVS ouvrent notamment des perspectives sur la gestion de la version électronique du BEH.

Nous souhaitons par ailleurs ouvrir davantage le comité de rédaction et le comité de lecture à de nouveaux experts afin de continuer d'élargir le champ éditorial du BEH et conquérir ainsi de nouveaux publics.

Notre volonté est aujourd'hui d'engager avec nos partenaires une réflexion sur la politique éditoriale du BEH portant notamment sur l'ouverture à de nouvelles thématiques de santé publique et de nouvelles collaborations avec les acteurs de la santé publique.

Il s'agit également de faire évoluer la maquette actuelle du BEH afin de rendre l'information plus accessible, plus lisible, plus pédagogique. A cet effet, un effort particulier sera fait sur la rétro information des données du système des maladies à déclaration obligatoire, valorisant davantage leur analyse, leur interprétation et leur présentation.

Enfin, notre réflexion doit aussi porter sur la politique de diffusion du BEH de façon à en faire un véritable outil de santé publique accessible et utilisable par l'ensemble des acteurs de notre système de santé.

En cette période traditionnelle de nouvelle année, je m'associe au comité de rédaction pour formuler mes vœux les plus chaleureux de réussite dans les projets de renouveau du BEH ainsi que mes meilleurs vœux de santé et de prospérité pour ses fidèles auteurs, relecteurs et lecteurs.

Pr Jacques Drucker, directeur général
de l'Institut de veille sanitaire,
directeur de la publication.

« X FILES SYNDROME » DANS UN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

B. Le Tourneau¹, E. Vérité², V. Bleuzé³, E. Pons⁴, B. Boone⁵

INTRODUCTION

Les phénomènes psychogéniques de masse sont des manifestations dont la fréquence est souvent sous-estimée et le diagnostic difficile à poser. Nous rapportons ici un phénomène psychogénique survenu en milieu scolaire, en deux vagues successives, dont les manifestations cutanées ont été déclenchées par un téléfilm « culte » diffusé très largement en 1997 et intitulé « X Files ».

ALERTE

- *Première phase* : le vendredi 24 octobre 1997, veille des vacances scolaires de Toussaint, le SAMU signalait à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Nord le transfert par le SMUR et les sapeurs-pompiers de 32 élèves vers les urgences du Centre hospitalier le plus proche. Ces élèves scolarisés dans un même établissement scolaire s'étaient présentés dans la matinée à l'infirmerie pour des rougeurs et des démangeaisons au niveau du visage et des mains. L'infirmière scolaire avait immédiatement alerté le SAMU puis le Médecin inspecteur de santé publique (MISP) de la DDASS du Nord. Des prélèvements environnementaux étaient réalisés par les sapeurs-pompiers au sein de l'établissement. Le bilan réalisé aux urgences était rassurant : l'examen clinique confirmait un rash cutané et/ou une éruption limitée aux parties découvertes, n'évoquant aucun diagnostic précis. Aucun élève n'était hospitalisé, leur état clinique étant jugé tout à fait satisfaisant. Compte tenu de cette veille de vacances scolaires et de l'absence de signes de gravité, aucune enquête complémentaire n'est réalisée. Le déplacement massif des véhicules SMUR, des sapeurs-pompiers, et de la presse dans l'enceinte de l'établissement scolaire ce 24 octobre avait cependant entraîné une inquiétude locale.

- *Deuxième phase* : le mercredi 5 novembre 1997, jour de la rentrée scolaire, le « phénomène épidémique » réapparaît : 10 à 20 élèves se présentent chaque jour à l'infirmerie pour la même symptomatologie. Le Médecin inspecteur de santé publique de la DDASS est saisi le lundi 10/11/97 par le médecin du Service de promotion de la santé en faveur des élèves.

Plusieurs hypothèses sont alors évoquées par la DDASS : un agent toxique physique ou chimique d'origine environnementale ; un phénomène allergique ou infectieux ; une hystérie collective était fortement suspectée compte tenu de la variabilité des manifestations cutanées et leur disparition pendant les vacances scolaires. L'hypothèse d'une toxification alimentaire collective était d'emblée éliminée en raison de la répartition égale des cas chez des élèves externes ou demi-pensionnaires.

Pour vérifier ces hypothèses, le Médecin inspecteur de santé publique décide de réaliser une enquête épidémiologique qui se déroulera dans un contexte particulier et difficile, la gestion de cette « crise » nécessitant une double intervention du rectorat et de la DDASS.

CONTEXTE

Ce complexe scolaire (collège et lycée) situé dans le sud du département du Nord comprend 2 000 élèves d'origine sociale peu favorisée et 200 salariés. Pendant près de quatre semaines, une série d'événements perturbateurs vont survenir dans l'établissement et générer un climat d'anxiété croissante :

- dès le 24 octobre, la presse est présente quotidiennement sur les lieux, interviewant les élèves à de multiples reprises ; des informations télévisées sont diffusées au niveau local puis national ;
- le 6 novembre, un comité parents-élèves se constitue ; des plaintes contre X sont déposées par les parents ;
- le 8 novembre, une fouille générale des cartables est effectuée à la demande du chef d'établissement ;

1. Médecin inspecteur de santé publique, DDASS du Nord
2. Médecin inspecteur de santé publique, DRASS Nord-Pas de Calais
3. Infirmière de santé publique, DDASS du Nord
4. Médecin inspecteur de santé publique, DDASS du Nord
5. Médecin du service de promotion de la santé en faveur des élèves, département du Nord

- le 12 novembre, une note est affichée dans l'établissement, annonçant que ... « cette maladie comporte un danger pour les femmes enceintes... ».

Dans ce contexte, le recteur décide de fermer et désinfecter le collège le 14 novembre, malgré l'avis défavorable de la DDASS. Le 19 novembre, la réouverture du collège s'effectue en présence du recteur, de la presse et du psychiatre de la cellule médicopsychologique de crise du CHRU de Lille.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Enquête descriptive rétrospective

Un cas a été défini comme « tout élève ayant présenté depuis le 24/10/97 un érythème et/ou une éruption cutanée d'apparition brutale ». L'enquête comporte deux temps :

- le recensement exhaustif des cas par une analyse des observations médicales rédigées par le médecin scolaire ;
- la description des cas (sexe, âge, classe, nature et répartition dans le temps des symptômes, lieux fréquentés, antécédents médicaux) par la réalisation d'un interrogatoire semi-directif.

Enquête clinique et paraclinique ; expertise dermatologique

Dans un premier temps, une consultation dermatologique au Centre hospitalier proche est proposée à tout nouveau cas ainsi qu'un bilan biologique, immunologique, et des sérologies virales (coxsackie virus B et parvovirus B 1). Puis compte tenu du contexte émotionnel, le Médecin inspecteur de santé publique propose le vendredi 14 novembre à l'ensemble des cas, une expertise dermatologique dans le service de dermatologie du CHRU.

RÉSULTATS

Enquête descriptive rétrospective

Recensement exhaustif des cas

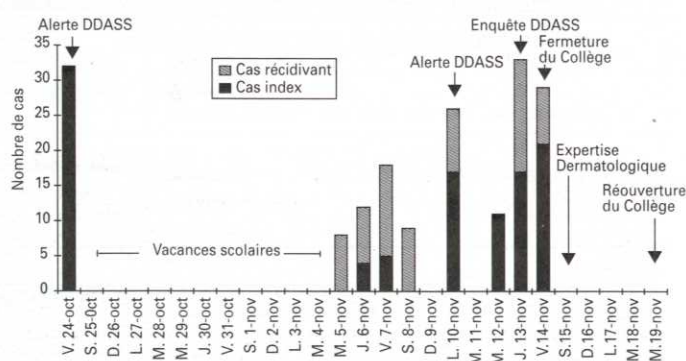
Au total, 178 consultations à l'infirmerie répondant à la définition d'un cas ont été recensées entre le 24 octobre et le 14 novembre 1997 :

- 107 cas index : élèves ayant consulté une seule fois le médecin scolaire ;
- 71 cas récidivants : élèves ayant consulté à plusieurs reprises pour le même motif.

Il existe une prédominance de filles, le sex-ratio est de 1,8 parmi les 107 cas index (69 filles pour 38 garçons). L'âge moyen est de 14 ans, mais les tous premiers signes sont survenus chez 4 élèves plus âgés (16 à 19 ans). On observe un pic épidémique le 24 octobre où 32 cas sont apparus chez des élèves répartis dans 3 classes de 4^e et 3^e ; le phénomène s'est étendu ensuite à 8 classes du lycée (5^e à terminale) et à 3 classes du lycée professionnel. Le dernier cas a été enregistré le 14 novembre. Aucun cas n'a été recensé pendant les vacances scolaires et les jours fériés.

Figure 1

Distribution des cas entre le 24/10/97 et le 14/11/97



Description des cas

Seuls 47 élèves sur 107 ont répondu à l'enquête. Il n'existe pas de cas familiaux. Aucun contact avec un agent toxique n'est identifié à l'interrogatoire. Parmi les élèves interrogés, 32 élèves font partie du même cercle d'amis et se rencontrent fréquemment en dehors du lycée. Enfin, 25 élèves sont suivis régulièrement par le médecin scolaire pour des malaises de type spasmophilie, angoisse, symptômes dépressifs. Un élève présente des antécédents suicidaires.

Enquête clinique et paraclinique ; expertise dermatologique

Sept élèves ont bénéficié de cette enquête. L'examen dermatologique retrouve des lésions multiformes, non spécifiques à type de brûlures, érythème et lésions de grattage, localisées exclusivement sur les zones découvertes. Il n'existe aucun signe de gravité, pas d'altération de l'état général, pas de fièvre. Les bilans biologiques sont normaux. Les dermatologues du Centre hospitalier local posent le diagnostic de lésions auto-induites ou dermatose artefactives.

Deux élèves ont demandé à bénéficier d'une expertise dermatologique. Les dermatologues du CHRU ont confirmé le diagnostic de lésions auto-induites et ont constaté la similitude des lésions avec les images observées à la télévision dans l'émission « X Files » diffusée le 17 octobre 1997, soit quelques jours avant l'apparition des premiers symptômes. Un élève a expliqué avoir volontairement obtenu ces lésions en frottant la peau avec de la laine, de la soie ou du cuir.

DISCUSSION

Il s'agit d'un cas typique de phénomène psychogénique de masse, particulier par sa durée, son mode de déclenchement, dans un contexte psycho-social prédisposant. Différents éléments ont permis d'orienter l'enquête vers ce diagnostic : la dispersion des cas dans le temps et leur concentration dans certaines classes, la prédominance de filles parmi les élèves concernés, l'absence de lésions chez les adultes salariés de l'établissement, la disparition des signes pendant les vacances scolaires et les week-ends. Le contexte socio-affectif constituait un argument de plus pour un phénomène psychogénique : les élèves avaient des liens amicaux et se retrouvaient régulièrement hors du lycée ; les tous premiers symptômes sont apparus chez 4 élèves plus âgés repérés dans l'établissement comme « leaders », qui présentaient des difficultés d'ordre psychologique et familial.

Les phénomènes psychogéniques de masse rapportés dans la littérature surviennent de façon commune au sein d'une collectivité, préférentiellement chez des adolescents, et le sex-ratio est à prédominance féminine (1). Il peut s'agir de manifestations cutanées, les lésions sont toujours atypiques, fluctuantes dans le temps, et localisées sur les parties découvertes (2). Dans d'autres cas, les signes sont digestifs, simulant une toxiinfection alimentaire collective (3), ou de type malaises, vertiges (5). Selon Jones et al (4), la fréquence de ces phénomènes est souvent sous-estimée, et le « diagnostic » posé souvent trop tardivement. Il existe dans la majorité des cas un facteur déclenchant.

Dans ce cas, le seul phénomène déclenchant et « anxiogène » était la distribution des bulletins de notes le 24 octobre, veille des vacances scolaires de Toussaint. Comme on le retrouve dans la littérature, une focalisation de l'attention sur les élèves a été observée tout au long de l'alerte. Le déploiement massif de 4 véhicules SMUR et de 8 voitures

de sapeurs pompiers au sein de l'établissement, le déplacement du recteur sur les lieux, la fermeture et la désinfection du lycée, ont permis la dramatisation des faits. L'amplification du phénomène par les médias et plus particulièrement la diffusion des photographies des lésions dermatologiques des élèves dans la presse locale a pu satisfaire les « leaders » et contribuer à l'auto-entretien du phénomène.

L'ensemble des acteurs, médecins, personnel de l'établissement, élus locaux, ont ainsi valorisé involontairement la stratégie des élèves et compliqué l'intervention du médecin de la DDASS conduit à demander une expertise dermatologique au CHRU. C'est l'annonce claire du diagnostic « X files syndrome » par les dermatologues du CHRU qui a permis d'enrayer définitivement le phénomène.

Dans la gestion de ce type d'alerte, une réponse initiale médicale de proximité (médecin scolaire, médecin généraliste) doit être privilégiée afin d'éviter les déplacements massifs de secours d'urgence et de pompiers, souvent à l'origine des dérives médiatiques. De même, l'intervention précoce de psychologues aurait pu contribuer à restaurer un climat plus favorable au sein de l'établissement.

Enfin, l'information de la population est essentielle, elle doit être immédiate, et des points réguliers d'information doivent être organisés (notes d'information ou réunions) pour les familles et le personnel de l'établissement.

Le diagnostic de phénomène psychogénique de masse doit être évoqué le plus précocément possible, la surenchère d'exams paracliniques constitue un facteur anxiogène important.

CONCLUSION

Repérer rapidement les signes évocateurs de phénomène psychogénique de masse, informer et rassurer la population, dédramatiser les faits, sont des éléments que le Médecin inspecteur de santé publique de la DDASS doit mettre en œuvre lorsqu'il est confronté à la gestion difficile de ce type d'alerte.

A la suite de ce phénomène, un protocole définissant les modalités d'une réponse médicale de proximité dans ce type d'alerte ne menaçant pas le pronostic vital a été élaboré avec les médecins scolaires, le SAMU, et le service départemental d'incendie et de secours du département du Nord.

RÉFÉRENCES

- [1] Robinson P., Szewczyk M., Haddy L., Jones P., Harvey W. - Outbreak of itching and rash : epidemic hysteria in an elementary school - Arch. Intern. Med. 1984 ; 1959-62
- [2] Desenclos J.C., Gardner H., Horan M. - Mass sociogenic illness in a youth center - Rev. Epid. Santé Pub. 1992 ; 201-8
- [3] Charlet F., Ferchaud R. - Une toxi-infection alimentaire collective ou un phénomène de panique collective ? - BEH n°32/97
- [4] Jones T.F., Craig A.F., Hoy D., Gunter E.W., Ashley D.L., Barr D.B., Brock J.W., Schaffner W. - Mass psychogenic illness attributed to toxic exposure at a high school - N. Engl. J ; Med.2000 ; 342 : 96-100
- [5] KT Goh., Epidemiological enquiries into a school outbreak of an unusual illness - International J. Epid. 1987 ; 16 -2

L'équipe du BEH
adresse à tous les lecteurs
ses meilleurs vœux
pour l'année 2002

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

BEH n° 01/2002

Données provisoires non validées

Semaine du 10 décembre
au 16 décembre 2001

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1999	Typho./Paratypho.	SIDA	Inf. à méningo.	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Listériose	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1999	Typho./Paratypho.	SIDA	Inf. à méningo.	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Listériose	
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	1 026 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	137 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	68 Rhin (Haut-)	708 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		12 Aveyron	263 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	1 734 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	31 Garonne (Hte-)	1 046 300	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
AQUITAINE	24 Dordogne	388 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NORD-PAS-DE-CALAIS	32 Gers	172 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	33 Gironde	1 287 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		46 Lot	160 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	40 Landes	327 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		65 Pyrénées (Htes-)	222 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	47 Lot-et-Garonne	305 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		81 Tarn	343 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	64 Pyrénées-Atlant.	600 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		82 Tam-et-Gar.	206 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Total	2 908 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	Total	2 551 600	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
AUVERGNE	03 Allier	344 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NORD-PAS-DE-CALAIS	59 Nord	2 555 000	0	0	1	0	0	7	0	0	0	0	
	15 Cantal	150 800	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		62 Pas-de-Calais	1 441 600	0	0	0	0	2	0	0	0	0		
	43 Loire (Haute-)	209 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NORMANDIE (BASSE-)	Total	3 996 600	0	0	1	0	0	9	0	0	0	0	
	63 Puy-de-Dôme	604 300	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0		14 Calvados	648 400	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
Total	1 308 900	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	NORMANDIE (HAUTE-)	50 Manche	481 500	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		
21 Côte-d'Or	506 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		61 Orne	292 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
58 Nièvre	225 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		Total	1 422 200	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0		
BOURGOGNE	71 Saône-et-Loire	544 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NORMANDIE (HAUTE-)	27 Eure	541 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	89 Yonne	333 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		76 Seine-Maritime	1 239 100	0	0	0	0	2	0	0	0	0		
	Total	1 610 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		Total	1 780 200	0	0	0	0	2	0	0	0	0		
	22 Côtes-d'Armor	542 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	PAYS DE LA LOIRE	44 Loire-Atlant.	1 134 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
29 Finistère	852 400	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	49 Maine-et-Loire		732 900	0	2	0	0	0	0	0	0	0			
35 Ille-et-Vilaine	867 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	53 Mayenne		285 300	0	0	0	0	1	0	0	0	0			
56 Morbihan	643 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	72 Sarthe		529 900	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0		
Total	2 906 200	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	85 Vendée		539 700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
BRETAGNE	18 Cher	314 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	PICARDIE	02 Aisne	535 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	28 Eure-et-Loir	407 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		60 Oise	766 400	0	1	0	0	0	0	0	1	0		
	36 Indre	231 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		80 Somme	555 600	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
	37 Indre-et-Loire	554 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Total	1 857 500	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	
	41 Loir-et-Cher	315 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	POITOU-CHARENTES	16 Charente	339 600	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
	45 Loiret	618 100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		17 Charente-Mar.	557 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
Total	2 440 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	79 Sèvres (Deux-)		344 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 Ardennes	290 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	86 Vienne	399 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	10 Aube	292 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		04 Alpes-Hte-Prov.	139 600	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
	51 Marne	565 200	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0		05 Alpes (Hautes-)	121 400	/	/	/	/	/	/	/	/			
	52 Marne (Haute-)	194 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	06 Alpes-Marit.	1 011 300	/	/	/	/	/	/	/	/				
Total	1 342 300	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	13 B.-du-Rhône	1 835 700	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0			
CORSE	2 A Corse-du-Sud	118 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	RHÔNE-ALPES	83 Var	898 400	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	
	2 B Corse (Haute-)	141 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		84 Vaucluse	499 700	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Total	260 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		Total	4 506 100	0	0	1	0	0	6	0	0	2	0	
FRANCHE-COMTÉ	25 Doubs	499 100	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	FRANCE OUTRE-MER	01 Ain	515 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	39 Jura	250 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		07 Ardèche	286 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	70 Saône (Haute-)	229 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		26 Drôme	437 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	90 Terr. de Belfort	137 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		42 Loire	728 500	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
	Total	1 117 100	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		69 Rhône	1 578 900	0	6	1	0	0	5	1	0	1	0	
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 125 200	0	6	2	0	0	17	1	0	2	0	FRANCE OUTRE-MER	73 Savoie	373 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	77 Seine-et-Marne	1 193 800	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0		74 Savoie (Haute-)	631 700	/	/	/	/	/	/	/	/			
	78 Yvelines	1 354 300	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		Total	5 645 500	0	6	2	0	0	6	1	0	2	0	
	91 Essonne	1 134 200	0	1	0	0	0	8	1	0	0	0		971 Guadeloupe	422 500	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
	92 Hauts-de-Seine	1 428 900	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0		972 Martinique	381 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	93 Seine St-Denis	1 382 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		973 Guyane	157 200	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
	94 Val-de-Marne	1 227 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		974 Réunion	706 300	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	
	95 Val d'Oise	1 105 500	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0		Total	1 667 400	0	1	1	0	0	4	0	0	0	0	
	Total	10 952 100	0	7	2	0	0	36	3	0	2	1		TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE	0	21	6	0	0	79	6	0	10	1		
	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11 Aude	309 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE + OUTRE-MER	0	22	7	0	0	83	6	0	10	1	
30 Gard		623 100	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	A compter du BEH n°11/2001, les données de population sont celles du recensement INSEE 1999													
34 Hérault		896 400	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	FRANCE MÉTROPOLITAINE	50 Premières semaines de 2001	106	1486	634	26	26	5702	400	17	744	132		
48 Lozère		73 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		50 Premières semaines de 2000	133	1499	560	44	34	5524	448	22	569	218		
66 Pyrénées-Orient.																										

À partir du 1^{er} janvier 2002, les abonnements du BEH sont gérés par l'Institut de veille sanitaire.



BEH *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*

Tarifs pour 1 an (52 numéros)

- France: 46,50 € Europe: 52,00 €
 DOM/TOM et pays R.P.⁽¹⁾: 50,50 € Autres pays: 53,50 €
 Supplément tarif aérien rapide: + 3,90 €

(1) Pays R.P.: Pays de la zone francophone de l'Afrique (hors Maghreb) et de l'Océan Indien.

Abonné

Nom: Prénom:
Fonction:
Mail:
Organisme/service:

Adresse (d'expédition):

CP: Ville: Pays:

Tél.: Adresse (de facturation si différente):

Fax:

Règlement

- Par chèque* → Joindre votre règlement par chèque en € à l'ordre de l'Agent comptable de l'InVS (facture justificative par retour du courrier)
 Par virement → Sur le compte de l'InVS (références ci-dessous) en précisant "BEH", ainsi que le nom et le numéro d'abonné (pour chaque abonné si plusieurs abonnements)

Titulaire du compte: INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

TRÉSOR PUBLIC

Adresse bancaire
du titulaire du compte

DOMICILIATION
RGIN PARIS CRÉTEIL

CODE BANQUE
40071

CODE GUICHET
94000

N° DE COMPTE
00003000586

CLÉ RIB
11

Dès maintenant, toute demande d'abonnement, de réabonnement ainsi que les règlements sont à adresser à l'InVS, Service des abonnements:

12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice cedex.

Tél: 01 41 79 67 00 – Fax: 01 41 79 68 40 – mail: abobeh@invs.sante.fr