



SITUATION EN FRANCE

SITUATION DU S.I.D.A.

De mars 1982 au 15 octobre 1984, 221 cas de S.I.D.A. ont été rapportés à la direction générale de la Santé.

L'augmentation du nombre de cas se manifeste actuellement par la déclaration de 3 ou 4 nouveaux cas par semaine.

Du 1^{er} janvier 1984 au 15 octobre 1984, 101 nouveaux cas ont été rapportés. 60 cas avaient été déclarés pour la période correspondante de 1983.

Le tableau suivant donne la répartition de ces cas en fonction des groupes à risques identifiés et de l'origine géographique des patients. Cette distribution a peu varié par rapport à la précédente synthèse en date du 15 juillet 1984 (voir B.E.H., n° 30, 1984).

Répartition des cas selon les groupes à risques identifiés
et l'origine des patients (nationalité)
(cas rapportés de mars 1982 au 15 octobre 1984)

	Français	Haïtiens	Africains*	Autres**	Total
Homosexuels masculins	140	2	3	8	153
Hémophiles	2				2
Toxicomanes	0				0
Receveur de transfusion	2			1	3
Pas de facteur de risques connus :					
- hommes	10	13	21	2	46
- femmes	4	4	9		17
Total	158	19	33	11	221

* Zairois : 14; Congolais : 9; Gabonais : 2; Maliens : 2; Camerounais : 2; Malgache : 1; Cap-Vert : 1; Tchad : 1; Algérien : 1.

** Autres : Anglais : 4; Américain (U.S.A.) : 1; Italien : 1; Portugais : 1; Péruvien : 1; Pakistanais : 1; Espagnol : 1; Roumain : 1.

Deux éléments doivent être soulignés :

1° L'apparition de cas liés à la transfusion de sang ou de produits dérivés du sang.

Aux U.S.A., au 1^{er} octobre 1984, 130 cas de S.I.D.A. liés à la transfusion avaient été rapportés au Centre de contrôle des maladies d'Atlanta (1). Ces cas se répartissent, pour les adultes, en 72 cas liés à la transfusion de sang, et 42 cas survenus chez des hémophiles. Ils représentent environ 2 % des 6 182 patients adultes recensés. 16 cas (4 hémophiles, 12 transfusés) ont été rapportés chez des enfants de moins de 13 ans, et représentent près du quart des 69 cas de S.I.D.A. pédiatriques recensés aux U.S.A.

En France, 3 cas sont survenus chez des patients transfusés n'ayant pas de facteurs de risques connus, et 2 cas chez des hémophiles recevant des facteurs de coagulation.

Bien que le risque de contamination due à la transfusion puisse être considéré actuellement en France comme très minime (environ 4 millions d'unités de sang ou de produits sanguins sont utilisés chaque année en France), ces éléments incitent à renforcer les mesures de sélection volontaire des donneurs de sang appartenant aux groupes à risques identifiés pour le S.I.D.A. Ces mesures ont été détaillées dans une circulaire adressée aux établissements de transfusion sanguine (circulaire D.G.S. 3 B, n° 569 du 20 juin 1983);

2° La nécessité du respect des précautions d'hygiène applicables dans les unités de soins et les laboratoires hospitaliers.

Parmi les cas pour lesquels aucun facteur de risque n'a été retrouvé, 2 cas sont survenus chez des patients travaillant en milieu hospitalier.

Le premier cas concerne une jeune femme médecin, décédée en août 1984 des suites d'une pneumonie à *Pneumocystis carinii*. La patiente avait exercé ses fonctions dans différentes unités de réanimation à Paris. Aucun cas de S.I.D.A. diagnostiqué, ou suspecté n'avait été hospitalisé dans ces unités pendant les périodes de présence de ce médecin dans les services considérés. Aucun accident du travail pouvant entraîner une contamination sanguine n'avait été signalé. La recherche de facteurs de risques (comportement sexuel, séjour en zones d'endémies, toxicomanie, transfusion) s'est avérée négative. Une vaccination contre l'hépatite B avait été pratiquée en mars, mai et juin 1983, soit 10 mois avant l'apparition des premiers signes de sa maladie.

La recherche d'anticorps anti-L.A.V. (rétrovirus considéré comme étant l'agent étiologique du S.I.D.A.) s'est avérée positive, sur des sérums prélevés en août 1984 et en mars 1983. Ce dernier sérum avait été prélevé 3 semaines avant la vaccination dans le cadre d'un examen pré-nuptial, et conservé par le laboratoire ayant effectué le test de recherche de toxoplasmose.

Le deuxième cas concerne un patient âgé de 43 ans, atteint d'un sarcome de Kaposi et de pneumonie à *Pneumocystis carinii*, diagnostiqué en septembre 1984. Aucun des facteurs de risques du S.I.D.A. n'a été reconnu par le patient. Aucun contact avec un patient atteint de S.I.D.A. n'a été retrouvé. La profession de ce patient, agent technique hospitalier (électricien) ne l'exposait pas à des contacts directs avec des malades hospitalisés.

Ces 2 cas n'apportent pas d'indications supplémentaires par rapport aux 4 cas survenus chez des personnes travaillant en milieu hospitalier déjà publiés aux U.S.A. Il n'existe pas d'éléments permettant de penser que le S.I.D.A. puisse se transmettre par simple contact. La transmission de la maladie peut être liée à des contacts sexuels (homo- ou hétérosexuels) ou à une contamination sanguine.

L'apparition de cas parmi le personnel hospitalier, en relation avec des accidents de type piqûre, ou contact muqueux avec des sécrétions des malades est théoriquement possible, compte tenu de la nature de l'agent étiologique.

Aucune contamination de ce type n'a été retrouvée pour les 6 cas actuellement connus dans le monde. La déclaration de la non-appartenance des patients aux groupes à risques connus (en particulier, homosexuels ou toxicomanes) repose uniquement sur l'interrogatoire des patients, et ne peut être considérée comme prouvée, bien que la bonne foi des patients ou de leur famille ne soit pas, par principe, mise en doute.

Bien que le risque de transmission au personnel soignant n'ait jamais été étayé par la survenue de cas pouvant être reliée avec certitude à une contamination professionnelle, l'existence d'un risque théorique indique que les précautions d'hygiène hospitalières doivent être appliquées strictement. Les instructions particulières, telles qu'elles ont été détaillées dans une circulaire de la direction générale de la Santé, diffusée en août 1983, seront reprises intégralement dans un prochain bulletin.

(1) Weekly Surveillance Report, A.I.D.S. activity, Centers for Disease Control october, 1, 1984.

LE POINT SUR...

SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE EN BELGIQUE (1982-1983)
Institut d'hygiène et d'épidémiologie

INTRODUCTION

L'incidence de la rougeole en Belgique, ses caractéristiques principales, notamment la répartition par âge et par sexe, la distribution saisonnière des cas, ont été déterminées pour la première fois au cours des années 1979-1980 par un réseau de médecins généralistes « vigies ». En 1979, le nombre annuel de cas de rougeole pour le pays a été estimé à 95 000, soit un taux d'incidence

annuel de 335 cas pour 10 000 habitants de moins de 20 ans.

En raison de la fréquence élevée de cette maladie et de ses répercussions importantes sur l'état de santé des enfants, la rougeole a été maintenue dans les programmes d'enregistrement ultérieurs. En effet, seul un enregistrement continu permet de confirmer les tendances de la maladie et de vérifier l'impact de la vaccination antirougeoleuse si elle se généralise en Belgique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données épidémiologiques ont été récoltées par un réseau de 133 médecins généralistes, du 5 juillet 1982 au 3 juillet 1983. Ces médecins vigies n'ont pas été choisis selon une méthode d'échantillonnage aléatoire mais participent à l'enregistrement sur une base volontaire. Seules les données des arrondissements où le nombre de contacts patients-médecins vigies

répondait aux conditions de représentativité ont été retenues. Ces critères ont ramené à 100 le nombre de médecins vigies dont la répartition par âge est proche de celle des médecins généralistes du pays. Ces 100 médecins vigies couvrent une population estimée à 117 800 habitants, soit 1,15 % de la population totale et qui est répartie dans 27 des 43 arrondissements du pays, soit 16 sur 22 dans la région flamande, 10 sur 20 dans la région wallonne et l'arrondissement Bruxelles Capitale.

Les critères de diagnostic recommandés aux médecins consistent en la présence combinée d'une température supérieure à 38,5 °C et d'une éruption cutanée compatible avec le diagnostic de rougeole.

Les différents items à relever par le médecin pour chaque cas sont l'âge, le sexe, les complications éventuelles et l'état vaccinal, y compris, s'il y a lieu, la date de la vaccination antirougeoleuse.

Pour supprimer les influences sur l'incidence hebdomadaire dues à d'autres causes que la maladie elle-même et notamment à la participation des médecins (non-enregistrement pour raison de maladie, d'oubli ou de congé), le nombre de cas déclarés chaque semaine a été rapporté au nombre de contacts patients-médecins enregistrés durant la semaine correspondante.

Les taux d'incidence spécifique par groupe d'âges ont été calculés pour 10 000 habitants de chaque classe d'âges en utilisant la répartition par âge de la population totale établie par l'Institut national de statistique d'après les données du recensement au 1^{er} mars 1981.

RÉSULTATS

1. Incidence

985 cas de rougeole ont été enregistrés par les médecins vigies, ce qui, après extrapolation au pays, représente 82 492 cas, soit un taux d'incidence annuel de 292 cas pour 10 000 habitants de moins de 20 ans.

Les incidences spécifiques par groupe d'âges figurent au tableau 1.

L'incidence la plus élevée affecte les enfants âgés de 1 à 4 ans. Toutefois, chez les enfants d'âge scolaire, l'incidence de la maladie est encore élevée et plus particulièrement dans le groupe d'âges 5-9 ans où plus de 30 000 enfants ont été atteints en 1982-1983.

2. Répartition par âge

Le graphique 1 donne la répartition par groupe d'âges des 978 cas pour lesquels l'âge est connu.

Aucun cas n'a été signalé au-delà de 40 ans. Pour l'ensemble des cas l'âge moyen d'apparition de la rougeole est de 5 ans et 6 mois (médiane = 5 ans).

3. Évolution dans le temps

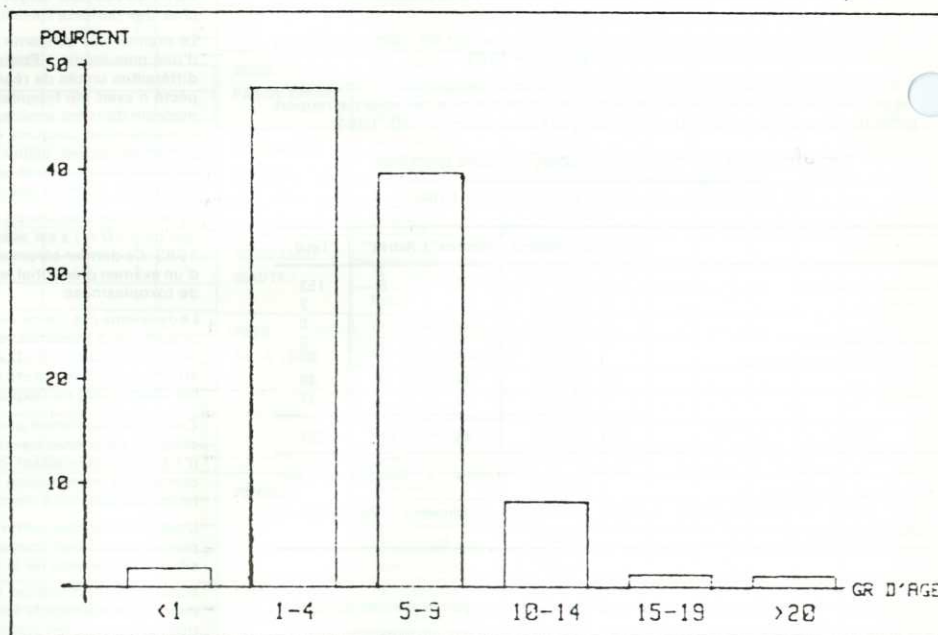
Le graphique 2 représente l'incidence hebdomadaire de la rougeole pour 10 000 habitants.

Le nombre de cas augmente rapidement à partir du mois de janvier et le pic est atteint au cours de la 16^e semaine. Près de la moitié des cas relevés (48,5 %) est concentrée sur le deuxième trimestre de l'année. À l'été correspond une chute brutale du nombre de cas.

Tableau 1. — Rougeole : taux d'incidence spécifique pour 10 000 habitants de chaque groupe d'âges (5-7-1982 au 3-7-1983)

Groupes d'âges	Cas enregistrés population vigie	Cas attendus pour le pays	Taux d'incidence pour 10 000 habitants
Moins d'un an	18	1 518	124
1 à 4 ans	467	39 390	808
5 à 9 ans	387	32 643	507
10 à 14 ans	81	6 832	95
15 à 19 ans	13	1 097	14
20 ans et plus	12	989	3
Inconnu	7	—	—
Tous âges	985	82 492	80

Graphique 1. — Répartition par groupe d'âges et en pourcentage (5-7-1982 au 3-7-1983)



Graphique 2. — Rougeole : cas pour 10 000 habitants et par semaine (5-7-1982 au 3-7-1983)



Tableau 2. — Rougeole : types de complications selon différents groupes d'âges (5-7-1982 au 3-7-1983)

Groupes d'âges	Otite	Pneumonie	Autres	Total complications	Sans complications	Total
Moins de 5 ans ..	33	16	14	63	422	485
5 à 9 ans	29	18	13	60	327	387
10 à 14 ans	2	3	2	7	74	81
15 ans et plus ...	1	2	0	3	22	25
Inconnu	3	0	0	3	4	7
Tous âges ...	68	39	29	136	849	985

4. Complications

Le nombre de complications rapportées par les médecins vigies s'élève à 136, soit 13,8 pour 100 cas de rougeole. Le tableau 2 en donne la répartition selon différents groupes d'âges.

Aucun cas d'encéphalite n'a été signalé. Les otites représentent la moitié des complications et les pneumonies près du tiers. Les 20 % restant sont constitués de complications d'une autre nature qui ne devait pas être spécifiée.

Tableau 3. — Rougeole : incidence par sexe et par groupe d'âges des pneumonies pour l'ensemble du pays (5-7-1982 au 3-7-1983)

Groupes d'âges	Masculin		Féminin		Total	
	n	Pour 100 cas	n	Pour 100 cas	n	Pour 100 cas
Moins de 5 ans	677	3,3	677	3,3	1 354	3,3
5 à 9 ans	931	5,7	592	3,7	1 523	4,7
10 à 14 ans	85	2,5	169	4,9	254	3,7
15 ans et plus	169	15,4	—	—	169	8,0
Tous âges	1 862	4,5	1 438	3,5	3 300	4,0

Le taux d'incidence des pneumonies compliquant la rougeole est légèrement plus élevé dans la population de sexe masculin et dans les groupes d'âges de 15 ans et plus où l'on enregistre 8 pneumonies pour 100 cas de rougeole.

5. État vaccinal

Comme l'indique le tableau 4, 3,8 % des individus avaient été vaccinés contre la rougeole au moins 1 mois avant le diagnostic de la maladie.

Tableau 4. — Rougeole : état vaccinal selon deux groupes d'âges (5-7-1982 au 3-7-1983)

Groupes d'âges	Cas n	Vaccinés n (%)	Non vaccinés n	Inconnu n
Moins de 5 ans	485	24 (5,0)	368	95
5 ans et plus	493	13 (2,6)	349	136
Tous âges	985	37 (3,8)	717	231

Le nombre de cas pour lesquels l'état vaccinal n'est pas précisé est élevé.

DISCUSSION

Le nombre de cas de rougeole estimés entre le 5 juillet 1982 et le 3 juillet 1983 est en diminution de 13 % par rapport à 1979. L'incidence de la maladie reste néanmoins très élevée en Belgique avec 82 492 cas de rougeole en un an, soit 803 cas pour 100 000 habitants. En 1982, au Canada, 1 064 cas de rougeole ont été déclarés, représentant un taux d'incidence de 4,3 cas pour 100 000 habitants. Au cours de la même année, les États-Unis ont signalé le taux d'incidence le plus faible jamais enregistré, 0,7 cas pour 100 000 habitants.

La situation en Belgique contraste donc de manière frappante avec celle de ces deux pays industrialisés où des efforts énergiques ont été déployés pour promouvoir la vaccination. Elle correspond précisément à la situation d'autres pays européens avant l'utilisation de la vaccination, telle la Tchécoslovaquie où le taux de morbidité rougeoleuse variait à ce moment de 320 à 800 pour 100 000 habitants.

En Belgique, le pic d'incidence est observé chez les enfants de 3 ans révolus, avec un taux d'incidence de 1 055 pour 10 000 enfants de cet âge. Ensuite, ce sont les enfants de 4 à 5 ans les plus touchés, avec respectivement un taux d'incidence de 1 005 et 934 pour 10 000. Ce niveau de transmission est celui des pays industrialisés où la vaccination antirougeoleuse est peu ou pas du tout répandue. Par contre, aux États-Unis, où la vaccination antirougeoleuse a été utilisée dès 1961, le plus grand nombre de cas est actuellement observé chez les enfants âgés de 12 à 15 ans. Toutefois, en Belgique, le nombre absolu de cas dans ce groupe d'âges est le double de celui des États-Unis.

L'évolution annuelle de la rougeole prend l'aspect d'une courbe monophasique où l'incidence est à son minimum entre les 36^e et 39^e semaines. Elle augmente ensuite pour atteindre un pic au mois de mai de l'année suivante. Ces variations saisonnières sont caractéristiques pour la rougeole et correspondent à l'augmentation et à la diminution du taux de contact (proportion de non-immuns exposés à un contact infectant par jour) respectivement au moment de l'ouverture et de la fermeture des écoles.

Une constatation intéressante de ce programme d'enregistrement est la mise en évidence des niveaux d'incidence des trois régions du pays. Le taux d'incidence pour 100 000 habitants, tous âges confondus, est de 1 197 en Wallonie contre 675 en Flandre et 585 à Bruxelles. 5 des 10 arrondissements observés dans la région wallonne ont un taux d'incidence double du taux national alors que dans la région flamande seulement 3 arrondissements sur les 16 observés sont dans ce cas.

Une explication à cette observation pourrait être le recours différent selon les régions au médecin généraliste ou au pédiatre. C'est envisageable à Bruxelles où la consultation chez le pédiatre est plus fréquente mais il est peu probable que ce facteur différencie les régions flamande et wallonne. Une autre explication apparaît en recherchant dans les trois régions la présence de périodes d'interruption de la transmission de la rougeole ou « fadeouts », c'est-à-dire au moins trois semaines consécutives sans notification de rougeole. Des « fadeouts » sont observés en Flandre et à Bruxelles, particulièrement durant la période d'incidence minimale, soit entre la 30^e et la 40^e semaine, tandis qu'en Wallonie le caractère de la transmission est plus continu. Ce niveau d'endémicité plus élevé en Wallonie est également confirmé si on considère le deuxième trimestre de l'année où l'incidence est maximale et qui rassemble 59 % et 45 % des cas annuels respectivement en Flandre et à Bruxelles, contre 32 % en Wallonie. Ces différences dans l'intensité et le caractère de la transmission peuvent refléter l'impact d'une action telle que la vaccination antirougeoleuse. Malheureusement, la couverture vaccinale dans les trois régions n'est pas connue et seuls les chiffres de vente de vaccin sont disponibles. L'examen de ces derniers montre que pour l'année 1982 les doses de vaccin antirougeoleux mises sur le marché en Flandre correspondent à 75 % du nombre annuel des naissances tandis qu'en Wallonie elles n'atteignent pas 50 %.

Près de 14 % des cas de rougeole ont été suivis de complications. Horwitz et al. observent un taux de complications de 18 % dans une enquête épidémiologique rétrospective au Danemark.

La fréquence des otites et des pneumonies, respectivement 6,9 % et 3,9 %, est comparable à celle d'autres enquêtes. Hinman, aux États-Unis, avance les chiffres de 8,9 % pour les otites et 5,7 % pour la pneumonie.

Dans leur ensemble, les complications sont plus fréquentes chez les enfants de moins de 10 ans. C'est le cas des otites, tandis que les pneumonies surviennent plus fréquemment chez les plus de 15 ans.

Aucun cas d'encéphalite n'a été diagnostiqué, mais l'effectif des cas de rougeole est insuffisant pour l'observation de cette complication survenant en moyenne une fois sur 1 000 ou 2 000 cas de rougeole.

L'état vaccinal des enfants atteints de rougeole a été enregistré. Toutefois, le nombre élevé d'individus dont l'état vaccinal n'est pas précisé et l'ignorance de la couverture de la population pour la vaccination antirougeoleuse empêchent de commenter davantage ces données.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Semaine du 15 octobre 1984

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	915 676			1					LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448						1	
	68 - Rhin (Haut-)	650 372						6			23 - Creuse	139 968							
	Total	1 566 048			1			6			87 - Vienne (Haute-)	355 737							
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356	2					1		LORRAINE	Total	737 153						1	
	33 - Gironde	1 127 546									54 - M.-et-Mos.	716 846	1						
	40 - Landes	297 424									55 - Meuse	200 101		2					
	47 - Lot-et-Garonne	298 522	1					1			57 - Moselle	1 007 189		2				2	
	64 - Pyrénées-Atlant.	555 670									88 - Vosges	395 769							
AUVERGNE	Total	2 656 518	3					2		MIDI - PYRÉNÉES	Total	2 319 905	1	4				2	
	03 - Allier	369 580									09 - Ariège	136 443	2			1			
	15 - Cantal	162 838									12 - Aveyron	278 654							
	43 - Loire (Haute-)	205 895			1						31 - Garonne (Hte-)	824 501						1	
	63 - Puy-de-Dôme	594 365	2								32 - Gers	174 154						1	
BOURGOGNE	Total	1 332 678	2		1					NORD - PAS-DE-CALAIS	46 - Lot	154 533						1	
	21 - Côte-d'Or	473 548	1					2			65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	58 - Nièvre	239 635									81 - Tarn	339 345	2						
	71 - Saône-et-Loire	571 852						2			82 - Tarn-et-Gar.	190 485							
	89 - Yonne	311 019									Total	2 326 037	4			1		3	
BRETAGNE	Total	1 596 054	1					4		NORMANDIE (BASSE-)	59 - Nord	2 520 526	3					19	
	22 - Côtes-du-Nord	538 869									62 - Pas-de-Calais	1 412 413	2		1		1	9	
	29 - Finistère	828 364						3			Total	3 932 939	5		1		1	28	
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764						3			14 - Calvados	589 559							2
	56 - Morbihan	590 889						2			50 - Manche	465 948							
CENTRE	Total	2 707 886						8		NORMANDIE (HAUTE-)	61 - Orne	295 472							
	18 - Cher	320 174						1			Total	1 350 979							2
	28 - Eure-et-Loir	362 813						1			27 - Eure	462 323							
	36 - Indre	243 191									76 - Seine-Maritime	1 193 039	4		1			3	
	37 - Indre-et-Loire	506 097									Total	1 655 362	4		1			3	
CHAMPAGNE - ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	296 220								PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	995 498						2	
	45 - Loiret	535 669									49 - Maine-et-Loire	675 321						2	
	Total	2 264 164						2			53 - Mayenne	271 784							
	08 - Ardennes	332 338	1								72 - Sarthe	504 768	3						5
	10 - Aube	289 300									85 - Vendée	483 027							
CORSE	51 - Marne	543 627	4							PICARDIE	Total	2 930 398	3					4	5
	52 - Marne (Haute-)	210 670									02 - Aisne	533 970						1	
	Total	1 345 935	5								60 - Oise	661 781							
	2 B - Corse (Haute-)	131 574									80 - Somme	544 570			1		1	1	
	2 A - Corse-du-Sud	108 604						3			Total	1 740 321			1			2	1
FRANCHE - COMTE	Total	240 178						3		POITOU - CHARENTES	16 - Charente	340 770						1	
	25 - Doubs	477 163	1		1			1			17 - Charente-Mar.	513 220						2	
	39 - Jura	242 925									79 - Sèvres (Deux-)	342 812					1		
	70 - Saône (Haute-)	231 862						4			86 - Vienne	371 428						2	
	90 - Terr. de Belfort	131 999						1			Total	1 568 230				1		5	
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 084 049	1		1			6		PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							1
	75 - Paris (Ville)	2 176 243	2		3			22			05 - Alpes (Hautes-)	105 070							
	77 - Seine-et-Marne	886 918						5	12		06 - Alpes-Marit.	881 198							
	78 - Yvelines	1 196 111	6	1				4			13 - B.-du-Rhône	1 724 199						15	
	91 - Essonne	988 306						3			83 - Var	708 331							
LANGUEDOC - ROUSSILLON	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039	3					4		RHÔNE - ALPES	84 - Vaucluse	427 343	1					2	55
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301									Total	3 965 209	1					18	55
	94 - Val-de-Marne	1 193 655						12			01 - Ain	418 518							
	95 - Val-d'Oise	920 587						6			07 - Ardèche	267 970							
	Total	10 073 160	11	1	3			56	12		26 - Drôme	389 781							
FRANCE OUTRE-MER	11 - Aude	280 686						1		TOTAL DE LA SEMAINE	38 - Isère	936 771	1					4	
	30 - Gard	530 478						1			42 - Loire	739 521	1					1	
	34 - Hérault	706 499	1					3			69 - Rhône	1 445 208		1					
	48 - Lozère	74 294									73 - Savoie	323 675							
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557						3			74 - Savoie (Haute-)	494 505						2	
FRANCE	Total	1 926 514	1					8		FRANCE METROPOLITAINE TOTAL : 54 334 871	Total	5 015 947	2	1				7	
	971 - Guadeloupe							1			39 premières semaines de 1984		512	140	704	253	91	9 661	907
	972 - Guyane							1			39 premières semaines de 1983		646	163	765	367	102	11 585	1 403
	973 - Martinique							1											
	974 - Réunion																		

Responsable de la publication : D^r Elisabeth BOUVET
 Rédaction : D^{rs} Michelle BRUAIRE et Christine JESTIN
 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) 567.55.44

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