



SITUATION EN FRANCE

Surveillance de la grippe : renseignements communiqués pour la période du 16 au 22 mars 1985 par les laboratoires de :

AGENTS	FRANCE NORD				FRANCE SUD			
	Isolè-ments	Conver-sion	Titres élevés	Nombre de malades	Isolè-ments	Conver-sion	Titres élevés	Nombre de malades
Grippe A	7	18	42	953	35	43	138	4 239 (total)
Grippe B	2	1	16	946	1	21	105	
Grippe C	-	-	-	299	-	-	-	
Parainfluenzae 1	-	-	-	820	-	1	42	4 763 (total)
Parainfluenzae 2	-	-	2	750	-	-	2	
Parainfluenzae 3	-	-	7	854	5	2	94	
Virus respiratoire syncytial	4	3	18	851	23	44	171	
Adénovirus	2	3	13	909	2	7	139	
Ornithose Psittacose	-	-	1	1 030	-	-	36	
Mycoplasma pneumoniae	-	3	11	981	-	14	118	
Fievre Q	-	-	-	641	-	1	7	

En France Nord l'épidémie de grippe A se termine. 2 isollements de la grippe B ont été faits à Paris (hôpital Trousseau).

En France Sud 12,4 % de syndromes respiratoires sont signalés parmi la clientèle des médecins généralistes.

En Île-de-France la tendance au retour à la normale se maintient. La fréquence des arrêts de travail prescrits par les médecins du réseau ne s'est pas maintenue au niveau de la semaine dernière. Le nombre de visites des médecins d'urgence est en augmentation (114 % contre 108 % la semaine dernière). Mais le fait marquant de la semaine est la diminution du taux de viroes respiratoires soignées par les généralistes du « GROG ». (Source : GROG).

A l'étranger : en Belgique on a isolé le virus grippal A(H₃N₂) sur 2 enfants au cours de flambées locales à Bruxelles. Tous les autres cas confirmés de grippe signalés au cours de cette saison étaient imputables au virus A(H₁N₁). En Tchécoslovaquie d'autres souches de grippe A(H₃N₂) ont été isolées dans différentes localités du Centre, de l'Ouest et du Sud du pays. En Grèce, des cas de grippe A et B ont été confirmés à Athènes au cours du mois de mars. En Hongrie l'activité grippale s'est accrue modérément et des foyers ont été signalés dans la plupart des régions du pays. Dans la plupart des cas il s'agissait de grippe A(H₃N₂) mais on a également confirmé l'existence de quelques cas de grippe A(H₁N₁) et de grippe B. Dans plus de 40 % des cas, il s'agissait d'enfants de moins de 14 ans. Au Portugal le virus grippal A(H₁N₁) a été isolé sur un cas sporadique à Lisbonne.

SITUATION INTERNATIONALE

TUBERCULOSE AUX ÉTATS-UNIS EN 1984

Source : M.M.W.R.

En 1984, un total provisoire de 21 701 cas de **tuberculose** a été déclaré au C.D.C., soit une diminution de 9 % par rapport à 1983 (23 846 cas). Le taux d'incidence en 1984 est de 9,2 cas pour 100 000 habitants soit une diminution de 9,8 % par rapport à 1980 où le taux d'incidence est de 10,2 pour 100 000 habitants.

Le nombre de décès en 1982 était de 1 807 soit une diminution de 6,7 % par rapport à 1981 où 1 937 décès étaient enregistrés.

De 1975 à 1978 la décroissance moyenne annuelle du taux d'incidence de la **tuberculose** était de 6,3 %. De 1978 à 1981, avec un afflux important de réfugiés du Sud-Est asiatique, la diminution annuelle était seulement de 3,2 %. Une régression en 1982 de 7,6 %, de 7,3 % en 1983, et de 9,8 % (provisoirement) en 1984 indiquent que la tendance à la décroissance se confirme.

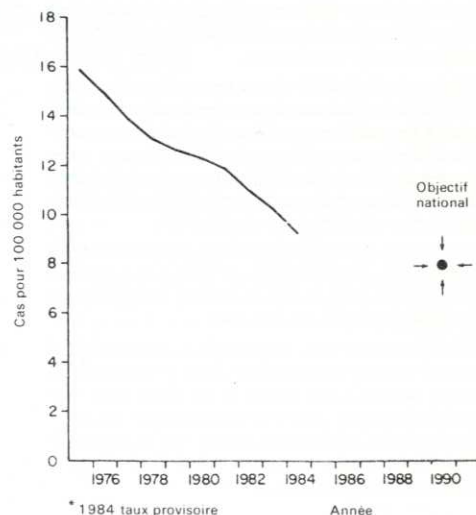
Trois facteurs ont pu contribuer à cette décroissance :

- diminution des cas de **tuberculose autochtone**;

- diminution du nombre des réfugiés arrivant aux U.S.A. avec **tuberculose** (depuis 1983, les réfugiés du Sud-Est asiatique sont dépistés et traités en Asie avant leur arrivée aux États-Unis). C'est également le cas pour les réfugiés à destination de la France;

- une augmentation du nombre d'états utilisant un système national de déclaration des cas qui exige une vérification plus stricte des cas avant qu'ils ne soient comptabilisés. L'objectif national est d'obtenir en 1990 une incidence de 8 cas pour 100 000 habitants.

Taux de tuberculose déclarés aux États-Unis entre 1975 et 1984



INFORMATIONS INTERNATIONALES

POLITIQUE VACCINALE EN EUROPE

Une réunion internationale organisée par l'O.M.S. et à laquelle assistaient des représentants de 25 pays de la Région Europe s'est tenue en Tchécoslovaquie (Karlovy Vary) du 10 au 12 décembre 1984. Elle avait pour objet les politiques de vaccination en Europe.

Nous rapportons ici les objectifs et les recommandations qui ont été édictées par le Bureau régional de l'Europe à la suite de cette réunion.

A sa trentième session, tenue à Fès en 1980, le Comité régional de l'O.M.S. pour l'Europe a approuvé une stratégie régionale de la Santé pour tous et demandé que soient formulés des buts particuliers à la Région afin d'appuyer la mise en œuvre de cette stratégie. A sa trente-quatrième session, tenue à Copenhague en septembre 1984, le Comité régional a approuvé les 38 buts régionaux à mettre en œuvre selon les circonstances propres à chaque État membre. Le but 5 vise l'élimination de certaines maladies et stipule notamment que « d'ici l'an 2000, il ne devrait plus subsister dans la Région de cas autochtones de rougeole, de poliomyélite, de tétanos du nouveau-né, de rubéole congénitale, de diphtérie... ».

Vingt-cinq pays de la Région étaient représentés à cette réunion, à laquelle assistaient également des représentants de l'Association internationale de pédiatrie, de la Commission des Communautés européennes, du Centre international de l'Enfance et du Fonds pour la sauvegarde de l'enfance, ainsi que des membres du personnel du siège de l'O.M.S. et du Bureau régional de l'O.M.S. pour l'Europe. Le but était :

- d'examiner et d'analyser l'état actuel des programmes de vaccination dans la Région;
- de déterminer les actions nécessaires pour éliminer les maladies cibles et pour promouvoir la vaccination contre d'autres maladies d'importance pour la santé publique;
- de renforcer l'engagement des États membres à l'égard des buts et des activités du programme élargi de vaccination et des activités spécialement entreprises par le Bureau régional afin d'encourager une action régionale coordonnée.

RECOMMANDATIONS

1. Politiques et pratiques en matière de vaccination

D'ici la fin de 1985, tous les pays devraient avoir officiellement déclaré leur adhésion aux objectifs et aux activités du programme élargi de vaccination et au but 5 de la stratégie européenne de la Santé pour tous. D'ici la fin de 1985, tous les pays devraient s'être fixé des buts à atteindre en 1990, concernant la réduction de la morbidité pour chacune des maladies du programme élargi de vaccination du Bureau régional.

D'ici à 1990, dans tous les pays, 90 % au moins des enfants devraient avoir reçu la série des vaccins de base avant la fin de leur deuxième année.

D'ici la fin de 1985, tous les pays devraient avoir désigné un individu ou un service responsable du programme de vaccination.

D'ici la fin de 1985, tous les pays devraient avoir établi des procédures nationales de contrôle de la qualité des vaccins et utiliser des vaccins qui correspondent aux critères de l'O.M.S. Les pays devraient utiliser les méthodes recommandées par l'O.M.S. en matière de surveillance de la fabrication des vaccins et de vaccination.

D'ici la fin de 1985, tous les pays devraient faire rapport annuellement sur leur taux de couverture vaccinale et indiquer les méthodes utilisées pour le rassemblement des données.

D'ici la fin de 1985, tous les pays devraient faire rapport de manière analogue sur l'incidence de toutes les maladies cibles et/ou avoir établi un système national de mesure de l'impact des programmes de vaccination contre ces maladies. Il faudrait, pour cela, notamment élaborer des définitions normalisées des cas.

D'ici à 1987, tous les pays devraient être dotés d'un mécanisme permanent de surveillance de la couverture vaccinale chez les enfants (par l'examen des dossiers ou grâce à des études sérologiques) en temps utile (à l'entrée à la crèche, au jardin d'enfants, à l'école, etc.).

D'ici à 1986, tous les pays devraient avoir mis en place un système de surveillance des réactions défavorables aux vaccinations.

D'ici à 1986, tous les pays devraient avoir adopté un programme d'éducation sanitaire qui vise à accroître la participation communautaire et qui soit plus particulièrement dirigé vers les familles et les professionnels de la santé.

Avant 1987, tous les pays devraient commencer à procéder à des examens périodiques de leurs programmes internes.

D'ici à 1986, les pays devraient avoir élaboré un programme de maintien de la protection vaccinale tout au long de la vie.

D'ici à 1986, tous les pays devraient avoir soigneusement revu leur liste des contre-indications à la vaccination, qui devrait être aussi simple et réduite que possible.

D'ici la fin de 1985, le Bureau régional de l'O.M.S. pour l'Europe devrait avoir désigné un responsable des activités en matière de vaccination.

D'ici la fin de 1985, le Bureau régional devrait avoir coordonné les activités régionales en matière de vaccination et devrait fournir régulièrement des informations sur ces activités aux États membres.

D'ici la fin de 1985, en étroite coopération avec le siège de l'O.M.S., le Bureau régional devrait fournir une collaboration technique aux États membres.

D'ici à 1986, en étroite coopération avec le siège de l'O.M.S., le Bureau régional devrait fournir un appui pour la formation voulue du personnel national aux activités pertinentes du programme de vaccination.

Le Bureau régional devrait organiser périodiquement des conférences sur la vaccination, la première devant avoir lieu de préférence d'ici à 1987, afin de juger les progrès accomplis dans la réalisation des buts visés et de renforcer l'action coordonnée.

D'ici la fin de 1985, un petit groupe consultatif européen sur la vaccination devrait avoir été constitué afin d'apporter un appui au Bureau régional.

D'ici à 1986, en consultation avec son groupe consultatif sur la vaccination, le Bureau régional devrait avoir établi un modèle de calendrier de vaccination qui pourrait servir à optimiser les divers calendriers utilisés dans les États membres.

Tous les vaccins utilisés dans le programme d'élimination devraient être fournis gratuitement aux populations de la Région par les pouvoirs publics.

2. Élimination des maladies cibles

Rougeole

Buts à atteindre en matière de morbidité et de mortalité

Dans les pays de la Région où il existe des programmes de vaccination contre la rougeole, les cas autochtones de rougeole devraient être éliminés d'ici à 1990.

Dans le reste des pays de la Région, les cas autochtones de rougeole devraient être éliminés d'ici à 1995.

Buts opérationnels

D'ici la fin de 1985, des programmes de vaccination contre la rougeole devraient être inclus dans les programmes nationaux de vaccination de tous les pays.

D'ici à 1988, dans tous les pays où il existe déjà des programmes nationaux bien établis de vaccination contre la rougeole, un taux de couverture maximale d'au moins 95 % des enfants âgés de moins de 2 ans devra avoir été atteint (et devra être ultérieurement maintenu).

Tous les autres pays devraient avoir atteint des taux de vaccination d'au moins 50 % des enfants avant la fin de la deuxième année, d'ici à 1988, et d'au moins 95 %, d'ici à 1990. Ces taux devraient être ensuite maintenus. Dans les pays où des programmes de vaccination contre la rougeole viennent seulement d'être institués, les résultats les meilleurs seront obtenus s'il est possible de vacciner en plus des enfants de moins de 2 ans, les autres enfants à risque jusqu'à l'âge de 5 ans.

D'ici la fin de 1985, tous les pays devraient avoir inscrit la rougeole dans la liste des maladies à déclaration obligatoire ou, si cela n'est pas possible, avoir mis en place un mécanisme quelconque de surveillance de l'incidence de cette maladie.

Avant 1988 au plus tard, tous les pays devraient avoir mis en place un système efficace de surveillance et d'investigation sur la rougeole, ou avoir renforcé le système existant.

D'ici à 1988, tous les pays qui possèdent un programme efficace de vaccination contre la rougeole devraient avoir étudié tous les cas suspects signalés et pris des mesures pour lutter contre les épidémies.

D'ici à 1990, tous les autres pays devraient avoir examiné tous les cas suspects et pris des mesures pour lutter contre les épidémies.

Poliomyélite

Buts à atteindre en matière de morbidité et de mortalité

D'ici à 1990, les cas autochtones de poliomyélite devraient avoir été éliminés de tous les pays de la Région.

Buts opérationnels

D'ici à 1990, tous les pays devraient avoir atteint (et devraient par la suite maintenir) une couverture vaccinale contre les trois types de poliovirus atteignant au moins 90 % des enfants âgés de moins de 2 ans.

D'ici la fin de 1985, les pays où la poliomyélite existe encore à l'état endémique ou épidémique, un examen critique de la situation devrait avoir été fait et les programmes devraient avoir été modifiés en conséquence. Il est recommandé de faire appel pour cela à la collaboration de l'O.M.S.

D'ici à 1986, tous les pays devraient avoir mis en place un système efficace de surveillance et d'investigation des cas de poliomyélite ou avoir renforcé le système existant.

D'ici à 1987, tous les pays devraient étudier tous les cas suspects de poliomyélite et prendre, le cas échéant, les mesures voulues pour maîtriser toute épidémie.

Tétanos du nouveau-né

Buts à atteindre en matière de morbidité et de mortalité

D'ici à 1990, le tétanos du nouveau-né devrait avoir été éliminé de la Région européenne.

Buts opérationnels

D'ici à 1988, tous les pays où le tétanos du nouveau-né existe encore devraient avoir mis sur pied des programmes garantissant une immunisation de 90 % au moins, et si possible de 100 %, des femmes contre le tétanos avant l'accouchement.

D'ici à la fin de 1985, tous les pays devraient déclarer séparément les cas de tétanos du nouveau-né et les autres cas de tétanos.

D'ici à 1987, tous les pays devraient étudier tous les cas suspects de tétanos du nouveau-né, afin de renforcer les mesures de prévention. Il ne suffit pas de vacciner les femmes; il faut aussi assurer des conditions hygiéniques d'accouchement.

Rubéole congénitale

Buts à atteindre en matière de morbidité et de mortalité

D'ici à l'an 2000, la rubéole congénitale devrait avoir été éliminée de tous les pays de la Région.

Buts opérationnels

D'ici à 1990, tous les pays devraient utiliser le vaccin contre la rubéole dans leurs programmes nationaux.

Tous les pays où il existe maintenant des programmes nationaux bien établis de vaccination contre la rubéole devraient avoir atteint (et devraient par la suite maintenir) une couverture vaccinale de 100 % des femmes en âge de procréer d'ici à 1999 ou de 95 % des enfants d'âge préscolaire d'ici à 1995.

Tous les autres pays devraient avoir atteint (et devraient ultérieurement maintenir) une couverture vaccinale de 90 % au moins de la population cible d'ici à 1995.

Avant 1995 au plus tard, tous les pays devraient régulièrement réexaminer le taux de couverture antirubéolique des populations cibles, en temps utile (au début et à la fin des études primaires, au début des études secondaires ou lors de l'examen prénuptial des adultes).

D'ici à 1990, tous les pays devraient avoir mis en place un système efficace de surveillance contre la rubéole congénitale ou renforcer leur système existant.

D'ici à 1995, tous les pays devraient posséder un système efficace de surveillance et d'investigation de la rubéole.

D'ici à 1996, tous les pays devraient étudier tous les cas suspects signalés de rubéole congénitale.

Diphtérie

Buts à atteindre en matière de morbidité et de mortalité

D'ici à 1990, la diphtérie devrait avoir été éliminée de la Région européenne.

Buts opérationnels

D'ici à 1990, tous les pays devraient assurer la protection vaccinale totale de 95 % au moins des enfants avant la fin de leur deuxième année, puis maintenir ce taux d'immunité. L'état d'immunisation de la population contre la diphtérie et la situation épidémiologique devraient faire l'objet d'une évaluation afin de décider de l'opportunité d'une vaccination périodique de la population adulte contre la diphtérie.

D'ici à la fin de 1985, les pays où la diphtérie se manifeste encore devraient avoir fait le point de la situation et modifié leurs programmes en conséquence. Il est recommandé de faire appel pour cela à la collaboration de l'O.M.S.

D'ici à 1987, tous les pays devraient étudier tous les cas suspects de diphtérie, afin de renforcer les mesures de prévention.

3. Autres maladies d'importance pour la santé publique

Coqueluche

Dans certains pays, les vaccins anticoquelucheux préparés à partir de cellules entières ont donné davantage d'effets secondaires que les autres vaccins communément utilisés. Les bienfaits des programmes de vaccination utilisant les vaccins anticoquelucheux actuellement disponibles dépassent néanmoins de beaucoup les risques et il est recommandé que tous les pays utilisent les vaccins disponibles. Si un pays décide de ne pas utiliser le vaccin anticoquelucheux préparé à partir de cellules entières, cette décision ne devrait être prise qu'après étude soignée de ses conséquences pour l'enfant et pour la collectivité. Il faudrait encourager la mise au point et l'expérimentation clinique de vaccins anticoquelucheux acellulaires dans la Région.

Tuberculose

Chaque pays devrait élaborer sa propre politique, compte tenu de la sécurité et de l'efficacité du vaccin et des risques de tuberculose sur son territoire (ou dans certains groupes de la population).

Tétanos

D'ici à 1988, tous les pays devraient avoir atteint un taux de couverture vaccinale de 90 % au moins des enfants avant la fin de leur deuxième année et

maintenir par la suite ce taux. Chaque pays devrait se fixer des buts précis concernant la vaccination des jeunes et des adultes à l'anatoxine tétanique. Il faudrait étudier la possibilité d'utiliser des anatoxines tétaniques et diphtériques associées dans les programmes. Des registres devraient être tenus pour éviter une vaccination excessive.

Grippe

Chaque pays devrait se fixer des buts en matière de vaccination annuelle des populations à haut risque (individus atteints de cardiopathie ou de maladie pulmonaire chronique, par exemple) contre la grippe. Il faudrait aussi envisager de vacciner chaque année contre la grippe les individus dont les services sont essentiels à la collectivité.

Hépatite B

Chaque pays devrait entreprendre de vacciner le plus tôt possible certains groupes particulièrement à risque (travailleurs de santé en contact avec des produits sanguins ou des aiguilles, nouveau-nés de mères porteuses de virus, individus à haut risque du fait de leur état de santé ou de leur mode de vie et malades mentaux en institutions, par exemple). Des buts réalistes en matière de couverture vaccinale devraient être fixés. Tous les vaccins utilisés devraient être préparés conformément aux recommandations de l'O.M.S. Chaque pays devrait mettre sur pied un système de surveillance avec identification du type d'hépatite (A, B, non-A, non-B, δ).

Oreillons

Il faudrait étudier la possibilité d'inclure la vaccination contre les oreillons dans le calendrier normal des vaccinations. Cela serait particulièrement opportun dans les pays qui peuvent utiliser des vaccins associés rougeole-oreillons ou rougeole-oreillons-rubéole dans le cadre de leurs programmes de vaccination des enfants. Tous les pays utilisant le vaccin contre les oreillons devraient se fixer des buts concernant la couverture de la population visée.

Infections pneumococciques

Chaque pays peut fixer des priorités et des buts en matière d'immunisation des groupes de population à haut risque (individus splénectomisés par exemple) à l'aide du vaccin antipneumococcique polysidique.

Variole

La vaccination devrait cesser car elle n'est plus requise ni justifiée (sauf pour les travailleurs de laboratoire professionnellement exposés).

NOTES

DEUX OBSERVATIONS DE CHLOROQUINO-RÉSISTANCE DE *P. FALCIPARUM* VENANT DU CAMEROUN

Les professeurs Charmot et Lapresle nous transmettent les observations suivantes :

« Les enfants A... et P..., âgés de 10 et 5 ans, résident dans le sud-ouest du Cameroun avec leurs parents depuis octobre 1984. Ils suivent une chimio-prophylaxie quotidienne par la Chloroquine aux doses de 1/2 et 1/4 de comprimé. La maladie débute par de la fièvre le 12 février 1985 pour l'ainé et le 10 février 1985 pour le cadet. L'un et l'autre reçoivent alors de la Chloroquine à dose curative de 1,80 g en 5 jours pour l'ainé et de 1,20 g en 4 jours pour le cadet; elle est ensuite continuée à la dose de 1 comprimé par jour.

L'absence d'amélioration motive leur rapatriement et ils sont admis le 22 février 1985 à l'hôpital de l'Institut Pasteur dans un état sévère pour l'ainé. Les frottis de sang montrent la présence de

P. falciparum avec une parasitémie de l'ordre de 10 000/mm³. La culture d'hématozoaires (Centre national de référence pour la chimio-sensibilité du paludisme, institut Léon-Miba, Paris) donne les résultats suivants exprimés en nM/1 :

Taux sang total en n mol/l				
	CI 50	CI 90	CQ (1)	CQM1 (2)
A	170	700	1 000	100
P	190	900	3 800	1 700

(1) CQ : Chloroquine.

(2) CQM1 : Monodesethylchloroquine.

Une résistance de niveau modéré est donc confirmée puisque la CI 50 pour une couche sensible est inférieure à 100 nM/1. Le traitement par Quinine intraveineuse, puis par Méfloquine *per os*, entraînera rapidement la guérison. C'est donc la première fois qu'une chloroquino-résistance à *P. falciparum* est signalée au Cameroun.

La mère des 2 enfants, qui les avait accompagnés en France et qui suivait une prophylaxie par la Nivaquine, va parfaitement bien. Le père, resté au Cameroun, aurait présenté une fièvre n'ayant finalement cédé que sous Quinimax.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

semaine du 25 au 31 mars 1985

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						34	
	68 - Rhin (Haut-)	650 372	1				1	3	
	Total	1 566 048	1				1	37	
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356						1	
	33 - Gironde	1 127 546						4	
	40 - Landes	297 424							
	47 - Lot-et-Garonne	298 522						1	
	64 - Pyrénées-Atlant.	555 670							2
	Total	2 656 518						6	2
AUVERGNE	03 - Allier	369 580							
	15 - Cantal	162 838						2	
	43 - Loire (Haute-)	205 895							
	63 - Puy-de-Dôme	594 365			1				
	Total	1 332 678			1			2	
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	473 548							
	58 - Nièvre	239 635							
	71 - Saône-et-Loire	571 852						7	
	89 - Yonne	311 019							
	Total	1 596 054						7	
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	538 869			1				
	29 - Finistère	828 364			1				
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764							
	56 - Morbihan	590 889			1			4	
	Total	2 707 886			3			4	
CENTRE	18 - Cher	320 174							
	28 - Eure-et-Loir	362 813							
	36 - Indre	243 191							
	37 - Indre-et-Loire	506 097							
	41 - Loir-et-Cher	296 220							
	45 - Loiret	535 669			1			3	
	Total	2 264 164			1			3	
CHAMPAGNE - ARDENNE	08 - Ardennes	332 338			1	2			
	10 - Aube	289 300	1					3	
	51 - Marne	543 627							
	52 - Marne (Haute-)	210 670							
	Total	1 345 935	1		1	2		3	
CORSE	2 B - Corse (Haute-)	131 574						3	
	2 A - Corse-du-Sud	108 604							
	Total	240 178						3	
FRANCHE - COMTÉ	25 - Doubs	477 163						6	
	39 - Jura	242 925							
	70 - Saône (Haute-)	231 962					1	3	
	90 - Terr. de Belfort	131 999						1	
	Total	1 084 049					1	10	
ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 176 243			3			52	
	77 - Seine-et-Marne	886 918			1			4	
	78 - Yvelines	1 196 111						5	
	91 - Essonne	988 306						3	
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039						19	
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301			1			41	
	94 - Val-de-Marne	1 193 655						7	
	95 - Val-d'Oise	920 587		1				13	
	Total	10 073 160		1	5			144	
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	280 686						2	
	30 - Gard	530 478						2	
	34 - Hérault	706 499							
	48 - Lozère	74 294			1			4	
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557						2	
	Total	1 926 514			1			10	
FRANCE OUTRE-MER	971 - Guadeloupe								
	972 - Guyane							2	
	973 - Martinique							3	
	974 - Réunion							1	
LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448							
	23 - Creuse	139 968							
	87 - Vienne (Haute-)	355 737						1	
	Total	737 153						1	
LORRAINE	54 - M.-et-Mos.	716 846			1			1	
	55 - Meuse	200 101							
	57 - Moselle	1 007 189					1	6	
	88 - Vosges	395 769			1			4	
	Total	2 319 905			2		1	11	
MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 443					1		
	12 - Aveyron	278 654						2	
	31 - Garonne (Hte-)	824 501							
	32 - Gers	174 154							
	46 - Lot	154 533							
	65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	81 - Tarn	339 345					1	3	
	82 - Tarn-et-Gar.	190 485							
	Total	2 326 037					2	5	
NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 520 526	2		2			41	
	62 - Pas-de-Calais	1 412 413							
	Total	3 932 939	2		2			41	
NORMANDIE (BASSE-)	14 - Calvados	589 559			1				
	50 - Manche	465 948							
	61 - Orne	295 472							
	Total	1 350 979			1				
NORMANDIE (HAUTE-)	27 - Eure	462 323						6	
	76 - Seine-Maritime	1 193 039						11	
	Total	1 655 362						17	
PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	995 498			1			13	
	49 - Maine-et-Loire	675 321			2			3	
	53 - Mayenne	271 784							
	72 - Sarthe	504 768						5	
	85 - Vendée	483 027						1	
	Total	2 930 398			3			22	
PICARDIE	02 - Aisne	533 970						3	
	60 - Oise	661 781							
	80 - Somme	544 570						1	
	Total	1 740 321						4	
POITOU - CHARENTES	16 - Charente	340 770			1			1	
	17 - Charente-Mar.	513 220			1				
	79 - Sèvres (Deux-)	342 812							
	86 - Vienne	371 428						1	
	Total	1 568 230			2			2	
PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							
	05 - Alpes (Hautes-)	105 070						1	
	06 - Alpes-Marit.	881 198						1	
	13 - B.-du-Rhône	1 724 199					1	10	
	83 - Var	708 331					1		
	84 - Vaucluse	427 343					2	5	
	Total	3 965 209			2		1	1	17
RHÔNE - ALPES	01 - Ain	418 518					2		
	07 - Ardèche	267 970							
	26 - Drôme	389 781	1		1				
	38 - Isère	936 771			1			2	
	42 - Loire	739 521							
	69 - Rhône	1 445 208			1			16	
	73 - Savoie	323 675			1	1		6	
	74 - Savoie (Haute-)	494 505	1		1				
	Total	5 015 947	2		5	3		24	
TOTAL DE LA SEMAINE			6	1	30	9	3	373	2
FRANCE METROPOLITAINE	14 premières semaines de 1985		83	21	318	57	23	3 132	14
TOTAL :	54 334 871								
	14 premières semaines de 1984		100	49	273	75	8	3 676	72

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