



## SITUATION EN FRANCE

### MALADIES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE

(Avril 1985)

RÉGIONS	MALADIES																	
	Typhoïde	Dysenterie (shigelle)	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire	Hépatite virale	Typhus	Scarlatine	Rougeole	Poliomyélite	Rickettsiose	Diphtérie	Leptospirose	Lèpre	Paludisme	Tularémie
Alsace	2		3	1	2	43		3		5								
Aquitaine			2	1		32	2	4		3								
Auvergne	1		3			13		3										
Bourgogne						24		1	1		2							1
Bretagne	2		6	1	1	22		4		1	1						1	
Centre			2			24	1	3									2	
Champagne - Ardenne	2		2	3		11		2		1	6							
Corse	1			7		9		1										
Franche-Comté			3		2	15		1										
Ile-de-France	4	1	15			312		11		3	3			1			3	1
Languedoc - Roussillon	2		2			18		10	2		2							
Limousin						4												
Lorraine	1	1	3	1		22		5			12							
Midi - Pyrénées	3		2	5		8		7		1	6							
Nord - Pas-de-Calais	3	1	6			96		3	1									
Basse-Normandie	1		1			13		5										
Haute-Normandie	1		2	1		30		1	2									
Pays de la Loire	2		11			55	1	5			1							
Picardie	2		5			40			1									
Poitou - Charentes			6		1	9		3			1							
Provence - Alpes - Côte d'Azur	1		10	5	1	78		23		3	12							
Rhône - Alpes	5		16	4	2	60		8	1	3								
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>938</b>	<b>4</b>	<b>103</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>46</b>			<b>1</b>			<b>6</b>	<b>2</b>
<b>17 premières semaines</b>	<b>110</b>	<b>23</b>	<b>388</b>	<b>77</b>	<b>29</b>	<b>3 697</b>	<b>20</b>	<b>531</b>	<b>62</b>	<b>145</b>	<b>107</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>2</b>

### 1. POLIOMYÉLITE

● **Un cas de poliomyélite antérieure aiguë** a été signalé à la D.D.A.S.S. de Toulouse. Le malade est un homme âgé de 54 ans, employé de journal. Les symptômes ont débuté en janvier 1985 par des douleurs, un syndrome fébrile, une paralysie d'emblée et des troubles digestifs. Il s'agit d'une forme paralytique ayant laissé des séquelles importantes.

Les **examens biologiques** ont donné les résultats suivants :

- L.C.R., réaction cellulaire panachée et recherche de virus négative;
- La recherche du virus dans la gorge a été positive avec présence de virus poliomyélique de type I;
- La réaction de fixation du sérum met en évidence une sérologie discordante :
  - Type I..... positive 1/16°;
  - Type II..... positive 1/512°;
  - Type III..... positive 1/32°;
- L'identification du type de virus a été faite par le Laboratoire national de la Santé, département d'études des maladies virales à Lyon.

Il s'agissait d'une souche poliomyélique de type I non neutralisée ni par les anticorps monoclonaux antisabins ni par les anticorps monoclonaux antisauvages.

L'**enquête épidémiologique** n'a pu mettre en évidence l'origine de la contamination. En particulier il n'y a pas d'antécédent récent de voyage à l'étranger. L'examen bactériologique, chimique et virologique des eaux utilisées par la famille (eau d'adduction municipale) a montré qu'elles étaient conformes aux normes officielles. Par contre l'analyse de l'eau du puits situé dans la cour du domicile familial, de l'eau utilisée pour l'arrosage des fleurs et des légumes du jardin, a montré sur le plan chimique qu'il s'agissait d'une eau très dure, très minéralisée avec une teneur en nitrates excessivement élevée. L'analyse bactériologique a montré que l'eau n'est pas conforme aux critères de potabilité bactériologique. L'analyse virologique est en cours.

**Mesures prophylactiques** : la vaccination de l'entourage a été pratiquée par le médecin traitant (d'après rapport du B.M.H. de Toulouse).

● **Un autre cas de poliomyélite antérieure aiguë** a été déclaré en mai au bureau municipal d'hygiène de Nîmes. Il s'agit d'une petite fille de 2 mois hospitalisée en novembre 1984 pour troubles méningés. Le diagnostic n'a été fait qu'en janvier. L'analyse virologique des selles prélevées en novembre a identifié un poliovirus de type I sauvage. L'enquête épidémiologique est en cours. Des informations complémentaires seront précisées par la suite.



**N.R.** — Ces deux cas de poliomyélite survenus chez des sujets n'ayant pas quitté le territoire français, montrent que cette maladie continue à survenir de façon sporadique, et que le virus circule.

La vaccination obligatoire depuis 1964 a permis de réduire de façon considérable l'incidence de la maladie. Le taux de couverture vaccinale des enfants à 24 mois est d'environ 95 %. Les efforts de vaccination généralisée ne doivent pas se relâcher : en particulier la pratique des rappels doit rester systématique chez l'enfant et l'adolescent et le devenir chez l'adulte en association avec la vaccination antitétanique.

**Erratum.** — Au B.E.H. n° 8 de 1985 a été rapporté un cas de poliomyélite au retour des tropiques.

Le paragraphe « Diagnostic biologique... » est à supprimer et doit être remplacé par : « Les titrages en séroneutralisation donne les résultats suivants :

Type I	Type II	Type III
2 560	20	640
2 500	20	1 280

La souche isolée est de type III et a été caractérisée comme sauvage pour les anticorps monoclonaux.

## 2. SYNDROME ÉPIDÉMIQUE AU C.E.S. DE MORTAGNE

Un syndrome d'allure épidémique a sévi au C.E.S. de Mortagne du 2 mai au 7 mai. Les élèves ont présenté brutalement des céphalées, des frissons, nausées et diminution du tonus musculaire avec légère coloration des pommettes et hypotension. Le pouls a un rythme normal, bien frappé, il n'y a pas de fièvre. Ces symptômes disparaissent

au repos et au chaud en une demi-heure. Les élèves ont des fringales dès la crise terminée. Les récurrences sont fréquentes. Des élèves ayant présenté des symptômes le vendredi 3 mai ou le samedi 4 mai sont de nouveau malades le lundi 6 mai. Des élèves absents dans la semaine se terminant le 4 mai sont malades le 6 mai.

Seuls les élèves du C.E.S. sont atteints. Environ 80 malades le samedi 4 mai et 50 à 60 récidivistes le lundi 6 mai. Aucun adulte du C.E.S. n'a présenté ce syndrome, aucun élève d'un autre établissement de Mortagne ou des environs. Il n'y a aucun cas dans l'entourage des malades en particulier parmi les frères et sœurs.

Toutes les catégories d'élèves sont atteintes : internes, demi-pensionnaires ou externes. Le pourcentage de filles atteintes est plus élevé que celui des garçons.

Dix élèves ont été hospitalisés. Les bilans cliniques et biologiques n'ont pas permis d'établir un diagnostic précis, tous les examens pratiqués étant normaux.

Il n'y a pas eu de phénomène répétitif dès qu'il y a hospitalisation ou retour dans la famille.

Une toxi-infection alimentaire collective et une inhalation de produit toxique ont été éliminées.

Des analyses bactériologiques et virologiques sont en cours.

Le collège a été fermé du 7 au 11 mai, et il a été procédé à la désinfection des locaux.

Un suivi des enfants par les médecins a été mis en place.

L'hypothèse d'un phénomène collectif a été émise devant ces tableaux, associés à des bilans cliniques et biologiques normaux. Une exposition sur l'imaginaire et la parapsychologie se préparait pendant la même période dans l'établissement.

# SITUATION INTERNATIONALE

## UN NOUVEAU CAS DE NEURO-PALUDISME CHLOROQUINO-RÉSISTANT EN PROVENANCE DU CAMEROUN

Un homme de 56 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, séjourne quatre semaines au Cameroun au mois d'avril 1985. Les 3 et 4 mai, il présente de l'asthénie, des courbatures et des nausées. Le 5 mai, dans la soirée, sa température est à 40°. Il a suivi régulièrement sa chimio-prophylaxie à la chloroquine (Nivaquine), 100 mg tous les jours, pendant son séjour au Cameroun et continue depuis son retour. Les 5, 6 et 7 mai, il prend 500 mg de Nivaquine. Le 7 mai au soir, la température est encore à 40°.

Lors de l'admission, le malade est hautement fébrile, stuporeux (35 % des hématies sont parasitées par *Plasmodium falciparum*). Un traitement au formiate de quinine intraveineux aux doses usuelles va faire décroître rapidement la parasitémie. Mais s'installent un coma, une insuffisance rénale, un état de choc cardiogénique et accessoirement des épisodes hypoglycémiques. Le malade décède le 13 mai 1985.

L'étude de la chimiosensibilité *in vitro* réalisée au Centre national de référence de la

chimiorésistance du paludisme confirme la résistance de la souche plasmodiale à la chloroquine, mais la conservation d'une bonne sensibilité à l'amodiaquine.

Source : UER de médecine et hygiène tropicale, 33076 Bordeaux Cedex.

## ÉMERGENCE ÉPIDÉMIQUE D'UN FOYER DE PALUDISME CHLOROQUINO-RÉSISTANT AU SUD-OUEST CAMEROUN EN FÉVRIER 1985

Centre national de référence de la chimio-résistance du paludisme

En 1984, aucun cas de paludisme chloroquino-résistant n'avait été confirmé en provenance de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. En février 1985, deux enfants de Français expatriés à Limbé ont présenté un paludisme sous prophylaxie correcte à la chloroquine ayant justifié leur rapatriement et leur hospitalisation.

En mars 1985, une mission réalisée par le Centre national de référence de la chimio-résistance du paludisme, l'O.C.E.A.C., le bureau du paludisme du ministère de la Santé camerounais a permis le dépistage à Limbé des cas de paludisme parmi les enfants des écoles, les consultants de l'hôpital et ceux du dispensaire de la Société

nationale de raffinerie. Vingt-neuf souches de *Plasmodium falciparum* ont été isolées et leur chimio-sensibilité *in vitro* déterminée vis-à-vis de la chloroquine, de l'amodiaquine et de la quinine (tableau).

Il s'agit ici pour la première fois en Afrique de l'Ouest de l'émergence brutale de la chloroquino-résistance entre 1984 (aucune suspicion de résistance) et mars 1985 (1/3 de souches résistantes *in vitro* dans la population locale). Comme nous l'avons signalé antérieurement, cette apparition s'est immédiatement révélée par des échecs prophylactiques chez des expatriés non immuns : entre mars et mai 1985 la quasi-totalité des expatriés de Limbé ont présenté

un paludisme malgré la prise quotidienne de 100 mg de chloroquine. Il est à noter la coexistence, dans cette ville de 7 000 habitants environ, de souches de *Plasmodium falciparum* parfaitement sensibles et de souches à niveau élevé de résistance à la chloroquine ( $CI_{50} > 500$  nM) ce qui renforce l'hypothèse d'une émergence récente du phénomène.

Le haut niveau de transmission du paludisme dans cette région tropicale humide rend difficile l'application de mesures prophylactiques individuelles visant à se prémunir contre les piqûres d'anophèles. Il semble donc souhaitable de recommander aux voyageurs se rendant dans la région de



Limbé et y séjournant la soirée ou la nuit de prendre une prophylaxie quotidienne de 1,5 mg/kg d'amodiaquine base pour la durée du séjour et les quatre semaines suivantes (plutôt qu'une prise hebdomadaire que les études pharmacocinétiques ont démontré être insuffisante). Cette station touristique étant à 70 km de Douala, il

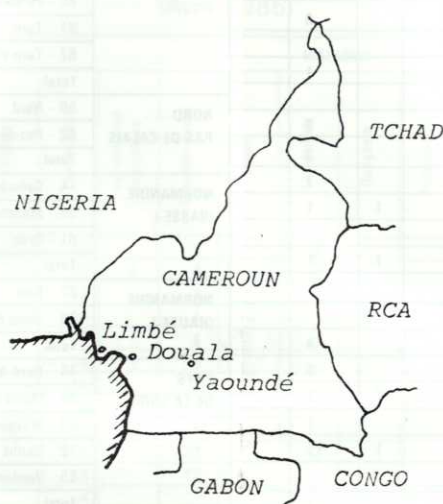
Souches étudiées		Cl <sub>50</sub> en nanomoles/l (1)	
		Chloroquine	Amodiaquine (2)
Expatriés . . . . .	1	400 R	65 S
	2	560 R	84 S
	3	160 R	38 S
	4	300 R	—
Autochtones . . . . .	1	24 S	18 S
	2	25 S	32 S
	3	27 S	33 S
	4	28 S	30 S
	5	28 S	14 S
	6	28 S	< 5 S
	7	32 S	< 100 S
	8	35 S	30 S
	9	40 S	39 S
	10	47 S	16 S
	11	47 S	45 S
	12	49 S	25 S
	13	55 S	14 S
	14	55 S	29 S
	15	56 S	23 S
	16	65 S	30 S
	17	200 R	39 S
	18	280 R	47 S
	19	280 R	3 S
	20	370 R	60 S
	21	430 R	73 S
	22	490 R	26 S
	23	580 R	9 S
	24	980 R	10 S
	25	1250 R	6 S

(1) Semi-microtest isotopique.

(2) En fait monodéséthyl-amodiaquine, le métabolite actif *in vivo*.

semble important d'informer les voyageurs se rendant au Sud-Cameroun du risque de contracter le paludisme malgré une prophylaxie correcte avec la chloroquine. Au niveau des populations locales, le risque est certainement modéré du fait du haut niveau de prémunition acquis par les sujets résidents non prophylactisés. Dix-neuf tests *in vivo* standard O.M.S. à la chloroquine (25 mg/kg) réalisés chez des paludéens autochtones fébriles ont montré une parfaite activité de la chloroquine au 7<sup>e</sup> jour y compris chez deux porteurs de souches résistantes à la chloroquine *in vitro* (sujets 23 et 25).

Au plan thérapeutique, la quinine (10 mg/kg toutes les huit heures pendant dix jours) et l'amodiaquine (35 mg/kg en cinq jours)



conservent actuellement leur efficacité. Deux échecs thérapeutiques ayant été constatés à la suite de prise de Fansidar, il est possible que des souches plasmodiales locales soient résistantes à l'association sulfadoxine-pyriméthamine.

En janvier 1985, 70 souches provenant de Douala, Kumba (100 km au nord-est de Limbé) et Yaoundé avaient montré une sensibilité normale à la chloroquine *in vitro*.

Une enquête plus complète est nécessaire afin de cerner les limites géographiques de ce foyer de chloroquine-résistance.

Ces observations confirment que les médecins observant des échecs prophylactiques ou thérapeutiques ont un rôle essentiel à jouer dans la détection des nouveaux foyers de paludisme chimio-résistant (Centre national de référence de la chimio-résistance du paludisme, hôpital Claude-Bernard, 75944 Paris. Tél. : (1) 238.66.22, poste 423).

J. Le Bras, J.-L. Clausse,  
G. Charmot, J.-Y. Le Hesran  
et F. Avenec

**N.R.** — Ces deux notes confirment l'émergence des résistances à la chloroquine en Afrique de l'Ouest, notamment au Cameroun, République Centrafricaine, Zaïre, Angola. Cette information doit être largement diffusée :

- aux médecins susceptibles de traiter des malades en provenance de ces zones;
- aux voyageurs en partance pour ces pays en leur recommandant d'adopter le protocole suivant : **amodiaquine** 1,5 mg/kg par jour pendant la durée du séjour et les quatre semaines suivantes.

## VARIOLE : SURVEILLANCE POST-ÉRADICATION

### Cas de confusion entre varicelle et variole

Le 22 février 1985, *De Telegraaf*, un journal des Pays-Bas, a signalé la réapparition de la variole en Éthiopie, en se fondant sur les premières impressions de deux médecins néerlandais travaillant dans un camp de réfugiés de la province de Shoa, dans le nord de l'Éthiopie.

A la demande du coordonnateur des programmes O.M.S. en Éthiopie, les autorités sanitaires nationales ont immédiatement organisé une enquête sur le terrain. Le 26 février, l'O.M.S. a été informée que l'examen clinique du malade avait révélé un cas classique de varicelle.

Le 1<sup>er</sup> mars, une équipe composée de membres du personnel du Laboratoire central et de l'Institut de recherche d'Addis-Abeba possédant une solide expérience a effectué une enquête méticuleuse dans le camp en recueillant des échantillons pour des examens de laboratoire. La malade, une femme de 35 ans, avait une éruption cutanée ayant atteint différents stades mais centrée sur le tronc. L'équipe éthiopienne et les médecins néerlandais qui avaient signalé au départ qu'il s'agissait d'un cas de variole ont conclu, sur la base des signes cliniques, que la malade était atteinte de varicelle.

Les échantillons de sérum et de lésions cutanées qui avaient été recueillis furent expé-

diés à un centre collaborateur de l'O.M.S. par l'intermédiaire du siège de l'O.M.S. à Genève. L'examen au microscope électronique n'a permis de déceler aucun poxvirus et les épreuves sérologiques ont révélé dans le sérum de la malade des titres élevés d'anticorps dirigés contre le virus varicelle-zona.

Lorsqu'il a eu communication de ces résultats, le journal a démenti la nouvelle qu'il avait annoncé précédemment.

**N.D.L.R.** — L'épisode décrit plus haut rappelle le cas présumé de variole qui avait été notifié précédemment au Kenya (1) et il met de nouveau en relief l'importance d'une coopération internationale dans les enquêtes sur ces cas. Il convient de féliciter le Gouvernement éthiopien d'avoir enquêté rapidement et efficacement à la suite de cette notification.

Le diagnostic clinique de la varicelle chez les adultes continue de soulever des difficultés, comme c'était déjà le cas avant l'éradication de la variole. Le virus de la varicelle provoque une maladie bénigne chez les enfants, mais les adolescents et les adultes (en particulier les personnes âgées) sont souvent frappés de façon grave, le taux de létalité pouvant atteindre jusqu'à 1-2 %.

La notification provenant de l'Éthiopie fait partie des 21 notifications de cas présumés de variole qui ont été enregistrées au siège de l'O.M.S. en 1984. Ces notifications provenaient de toutes les régions de l'O.M.S. à l'exception de l'Europe et du Pacifique occidental. Comme les années précédentes, c'est la varicelle qui a été le plus souvent confondue avec la variole. Parmi les 19 notifications qui ont fait l'objet d'une enquête complète, 11 concernaient des cas de varicelle, 3 la rougeole et 1 une maladie non transmissible. Dans 4 cas, les malades n'ont pas pu être repérés, principalement du fait qu'on ne possédait aucune indication sur leur lieu de résidence, etc.

Comme l'avait recommandé la 33<sup>e</sup> assemblée mondiale de la Santé, l'O.M.S. encourage la notification des cas présumés de variole afin que le public conserve sa confiance à l'égard de l'éradication de la variole dans le monde entier. Toutefois, il est indispensable que de telles notifications indiquent le nom du malade et son lieu de résidence afin de permettre une enquête approfondie.

(1) Source : R.E.H. n° 21.



# Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Semaine du 20 au 27 mai 1985

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								LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448							
	68 - Rhin (Haut-)	650 372						2			23 - Creuse	139 968						1	
	Total	1 566 048						2			87 - Vienne (Haute-)	355 737							
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356						2		LORRAINE	Total	737 153						1	
	33 - Gironde	1 127 546						3			54 - M.-et-Mos.	716 846						1	
	40 - Landes	297 424									55 - Meuse	200 101						1	
	47 - Lot-et-Garonne	298 522			2			3			57 - Moselle	1 007 189	1					5	
	64 - Pyrénées-Atlant.	555 670						7			88 - Vosges	395 769						1	
	Total	2 656 518			2			15			Total	2 319 905	1					8	
AUVERGNE	03 - Allier	369 580					1	17		MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 443						1	
	15 - Cantal	162 838									12 - Aveyron	278 654							
	43 - Loire (Haute-)	205 895									31 - Garonne (Hte-)	824 501						1	
	63 - Puy-de-Dôme	594 365						1			32 - Gers	174 154							
	Total	1 332 678					1	18			46 - Lot	154 533							
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	473 548	1		1			8		NORD - PAS-DE-CALAIS	65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	58 - Nièvre	239 635									81 - Tarn	339 345							
	71 - Saône-et-Loire	571 852						1			82 - Tarn-et-Gar.	190 485						4	
	89 - Yonne	311 019									Total	2 326 037						6	
	Total	1 596 054	1		1			9			59 - Nord	2 520 526	1		1	1	1	27	
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	538 869			1			3		NORMANDIE (BASSE-)	62 - Pas-de-Calais	1 412 413			2			5	
	29 - Finistère	828 364			1			3			Total	3 932 939	1		3	1	1	32	
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764					1	1			14 - Calvados	589 559			1		1	1	
	56 - Morbihan	590 889									50 - Manche	465 948						3	
	Total	2 707 886			2		1	7			61 - Orne	295 472							
CENTRE	18 - Cher	320 174								NORMANDIE (HAUTE-)	Total	1 350 979			1		1	4	
	28 - Eure-et-Loir	362 813									27 - Eure	462 323							
	36 - Indre	243 191						4			76 - Seine-Maritime	1 193 039			1			5	
	37 - Indre-et-Loire	506 097						9			Total	1 655 362			1			5	
	41 - Loir-et-Cher	296 220					1	1		PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	995 498						4	
	45 - Loiret	535 669						1			49 - Maine-et-Loire	675 321						6	
	Total	2 264 164					1	15			53 - Mayenne	271 784						2	
CHAMPAGNE - ARDENNE	08 - Ardennes	332 338									72 - Sarthe	504 768			2			4	
	10 - Aube	289 300						1		PICARDIE	85 - Vendée	483 027						2	
	51 - Marne	543 627			1			4			Total	2 930 398			2			18	
	52 - Marne (Haute-)	210 670			1						02 - Aisne	533 970						1	
	Total	1 345 935			2			5			60 - Oise	661 781			2			1	
CORSE	2 B - Corse (Haute-)	131 574				1		2		POITOU - CHARENTES	80 - Somme	544 570							
	2 A - Corse-du-Sud	108 604									Total	1 740 321			2			2	
	Total	240 178					1	2			16 - Charente	340 770							
FRANCHE - COMTE	25 - Doubs	477 163									17 - Charente-Mar.	513 220						1	
	39 - Jura	242 925								PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	79 - Sèvres (Deux-)	342 812						2	
	70 - Saône (Haute-)	231 962									86 - Vienne	371 428						3	
	90 - Terr. de Belfort	131 999									Total	1 568 230						6	
	Total	1 084 049									04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							
ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 176 243			2			17			05 - Alpes (Hautes-)	105 070							
	77 - Seine-et-Marne	886 918								RHÔNE - ALPES	06 - Alpes-Marit.	881 198						3	
	78 - Yvelines	1 196 111									13 - B.-du-Rhône	1 724 199	1	1				7	
	91 - Essonne	988 306						5			83 - Var	708 331				1		17	
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039						8			84 - Vaucluse	427 343				1			
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301									Total	3 965 209	1	1	2			27	
	94 - Val-de-Marne	1 193 655						1			01 - Ain	418 518						4	
	95 - Val-d'Oise	920 587						1			07 - Ardèche	267 970							
	Total	10 073 160			2			32			26 - Drôme	389 781							
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	280 686			1			1			38 - Isère	936 771	1					2	
	30 - Gard	530 478				2		2	2		42 - Loire	739 521						9	
	34 - Hérault	706 499						1			69 - Rhône	1 445 208			1			16	
	48 - Lozère	74 294									73 - Savoie	323 675							
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557									74 - Savoie (Haute-)	494 505							
	Total	1 926 514			1	2		4	2		Total	5 015 947	1		1			31	
FRANCE OUTRE-MER	971 - Guadeloupe									TOTAL DE LA SEMAINE			5	1	22	4	5	249	2
	972 - Guyane									FRANCE MÉTROPOLITAINE TOTAL : 54 334 871	22 premières semaines de 1985		152	29	473	108	41	4 904	24
	973 - Martinique							2			22 premières semaines de 1984		170	58	425	139	28	5 302	177
	974 - Réunion		4					2											

Responsable de la publication : D<sup>r</sup> Elisabeth BOUVET  
 Rédaction : D<sup>rs</sup> 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