



LE POINT SUR...

 ACTIVITÉ DU RÉSEAU DE SURVEILLANCE NATIONALE PERMANENTE
 DES INFECTIONS À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE*

Activité 1988 et bilan de quatre années

Centre d'étude des *Haemophilus*, Centre national de référence pour *Haemophilus influenzae*, professeur H. Dabernat (1)

Le réseau de surveillance des infections à *Haemophilus influenzae* fonctionne depuis maintenant quatre ans dans le cadre du Centre d'étude des *Haemophilus* (GEEP), puis du Centre national de Référence pour *Haemophilus influenzae* (arrêté du 15 juin 1987). Après les bilans d'activités parus dans le B.E.H. (1985, n° 48; 1987, n° 1), nous proposons le bilan d'activité pour 1988 et une synthèse des résultats obtenus pendant les quatre années concernant la résistance aux antibiotiques.

I. BILAN DES SOUCHES REÇUES AU CENTRE EN 1988

Pendant cette période le centre a reçu des souches isolées en situation pathogène chez l'enfant et chez l'adulte. Elles ont été expédiées par des correspondants répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain appartenant à des hôpitaux généraux et à des centres hospitalo-universitaires.

La répartition selon la localisation et l'âge des patients est résumée dans le tableau 1. Les informations concernant la sensibilité aux antibiotiques sont résumées dans le tableau 2. Les résistances à l'ampicilline, tétracycline, chloramphénicol et kanamycine sont retenues comme marqueurs de résistance. La résistance à l'ampicilline est liée à la production de beta lactamase dont la recherche doit être systématique lors de tout isolement d'une souche invasive d'*Haemophilus influenzae*. Cependant on isole rarement des sou-

Tableau 1. — Répartition des souches selon la nature du prélèvement et l'âge des patients (en pourcentage pour le même prélèvement)

	1 mois	2 mois	3-6 mois	6-11 mois	12-17 mois	18-23 mois	24-36 mois	3-5 ans	6-15 ans	15-20 ans	21-60 ans	> 60 ans
L.C.R.	4,5	6	1,5	24,2	21,2	21,2	9	4,5	—	—	4,5	3
Hémoculture	3,9	5,8	3,9	15,6	11,7	5,8	3,9	5,8	1,9	—	31,3	9,8
Sécrétions bronchiques	—	1,9	0,7	2,3	0,7	0,7	2,3	4,3	5,8	3,1	44,9	32,8
Pus otite.	1,4	—	2,8	22,8	17,1	11,4	10	24,2	5,7	—	2,8	1,5
Pus conjonctival.	7,4	10,1	18,9	19,5	11,4	6	7,4	6	4,7	0,6	6,7	0,6
Autres prélèvements O.R.L.	2,7	6,8	2,7	1,3	4,1	2,7	6,8	15	13,6	2,7	36,9	41
Prélèvements génitaux	—	—	—	—	—	—	8	20	—	8	64	—
Pus et liquides.	7,7	—	—	—	—	—	—	3,8	38,4	—	38,4	11,5

Tableau 2. — Répartition des souches résistantes selon l'antibiotique et la nature du prélèvement

Prélèvements	% de souches résistantes	Résistance à (%)			
		Ap	Tc	Cm	Km
Tous prélèvements (715 souches)	15,66	13,98	8,50	1,60	11,40
L.C.R. (66 souches)	28,70	28,70	22,70	3,00	25,70
Hémoculture (51 souches)	27,40	25,50	19,60	1,90	17,60
Sécrétions bronchiques (256 souches) .	13,60	10,90	5,46	1,50	7,80
Pus d'otite (70 souches)	12,80	12,80	8,50	0	12,80
Pus conjonctival (148 souches)	11,40	10,10	6,70	1,30	9,40
Autres prélèvements O.R.L. (73 souches) .	16,40	13,70	5,40	2,70	10,90
Prélèvements génitaux (25 souches) ...	8	8	0	0	8
Pus et liquides (26 souches)	15,40	15,40	7,70	3,80	11,50

ches résistantes, (C.M.I. de l'ampicilline entre 2 et 16 mg/l) non productrices de beta-lactamase. Il s'agit de souches non capsulées isolées dans divers prélèvements d'origine respiratoire et O.R.L. Ces souches représentent moins de 1 % des isollements par prélèvement. Dans ce cas, l'action d'un inhibiteur de beta-lactamase ne

restaure pas l'activité de l'ampicilline. Sur un plan pratique et thérapeutique, les antibiotiques de la famille beta-lactamine sont tous concernés, mais à des degrés variables, en particulier les céphalosporines de deuxième et troisième génération (augmentation de C.M.I. de 2 à 4).

La résistance à l'ampicilline concerne 14 % de l'ensemble des souches; 28,7 % des souches isolées lors de méningite au cours de cette période et 12,8 % de celles isolées dans les otites moyennes. Les résistances à la tétracycline et au chloramphénicol restent à un niveau faible pour l'ensemble des souches, 8,5 % et 1,6 % respectivement. Cette résistance concerne le plus souvent plusieurs antibiotiques et les souches peuvent être réparties en 10 phénotypes. La résistance simultanée à ampicilline et chloramphénicol concerne 10 souches (8,9 % des souches résistantes et de 1,4 % de l'ensemble).

La résistance simultanée à ampicilline et tétracycline concerne 57 souches (50,9 % des souches résistantes et 7,9 % de l'ensemble).

Pour chacun des antibiotiques majeurs, Ap, Cm, Tc, l'incidence de la résistance est toujours plus élevée pour les souches de type b ou de biotype I que pour les souches non capsulées, ou d'autre biotype.

(1) Laboratoire de Microbiologie, Centre hospitalier universitaire ou Toulouse Purpan, 31059 Toulouse Cedex.

II. ÉVOLUTION DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES.

La résistance concernant l'ensemble des souches est présentée sur la figure 1. Cette figure prend en compte les données obtenues lors de l'enquête multicentrique réalisée en 1981 (*Pathologie et Biologie*, 1983, 31, n° 2). L'évolution vers la résistance est constante pour l'ampicilline, moins marquée pour la tétracycline, et ne concerne pas le chloramphénicol.

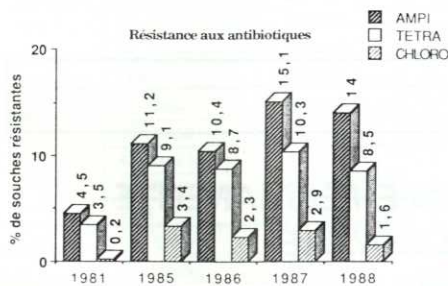


Figure 1. — *Haemophilus influenzae*

Les souches isolées de méningites montrent une augmentation constante du pourcentage de souches productrices de beta-lactamase et le niveau de 28,7 % observé en 1988 devient alarmant et atteint celui observé dans de nombreux états nord-américains. Cette augmentation est accompagnée de celle de la tétracycline mais ne semble pas concerner le chloramphénicol malgré une forte incidence en 1987, non retrouvée en 1988 (fig. 2).

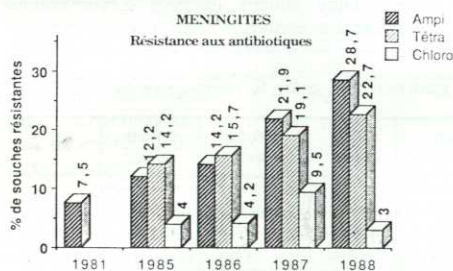


Figure 2. — *Haemophilus influenzae*

La situation est différente pour les sécrétions bronchiques où après le pic de 1986 l'incidence des résistances à ampicilline, tétracycline et chloramphénicol est en diminution.

L'évolution de la résistance pour les souches isolées d'otite moyenne est peu prévisible (fig. 3). À côté d'une diminution constante de la résistance au chloramphénicol, des fluctuations sont observées depuis 1985. En 1987, le pic à 18,3 % de souches résistantes à l'ampicilline, chiffre voisin de celui (17 %) observé en 1987 lors d'une étude bactériologique de l'otite moyenne aigüe chez l'enfant non hospitalisé (M. Simonet, M. Veron et P. Gehanno, *B.E.H.*, 1988, n° 51) n'est pas confirmé en 1988 où une diminution est observée tant pour l'ampicilline que la tétracycline.

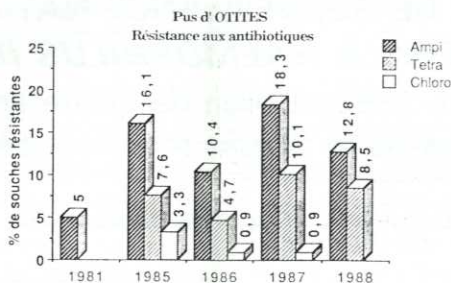


Figure 3. — *Haemophilus influenzae*

Les souches isolées de conjonctivites purulentes ont présenté en 1987 un très fort pourcentage de résistance à l'ampicilline, tous les antibiotiques subissant un accroissement notable, en particulier la kanamycine (15,2 % en 1987; 9,4 % en 1988), évolution parallèle à celle de l'ampicilline.

Les souches productrices de beta-lactamase ont fait l'objet d'une étude enzymatique (Prof. B. Joly, Clermont-Ferrand). L'enzyme de type TEM 1 est le plus fréquent, de rares souches produisant le type TEM 2 et une souche (premier isolement en France) produit l'enzyme ROB 1. Les caractéristiques de l'enzyme et le contenu plasmidique de la souche d'*Haemophilus influenzae* productrice de

ROB 1 sont similaires à ceux décrits pour la première souche productrice de ROB 1 aux États-Unis (Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis., 1988, 7, 583-585). Comme les enzymes de types TEM, il est inhibé par les habituels inhibiteurs de beta-lactamase. L'incidence de ce type d'enzyme, rencontré dans d'autres espèces bactériennes d'origine animale est faible et rien ne permet de prévoir son éventuelle diffusion.

Nous exprimons nos remerciements aux membres du réseau dont les noms suivent, qui ont bien voulu nous faire parvenir leurs souches et les informations correspondantes : Dr Sédallian (Annecy), Dr Chardon (Aix-en-Provence), Dr De Coquet (Brive), Pr Sirot (Clermont-Ferrand), Dr Darchis (Compiègne), Dr Geslin (Créteil), Dr Laborie (Lannion), Dr Marmonier (Le Mans), Pr Denis (Limoges), Dr Lionsquy (Longjumeau), Pr Fleurette (Lyon), Dr Darbas (Montpellier), Dr Trevoix (Mulhouse), Pr Courtieu (Nantes), Pr Bricout (Paris), Pr Cormier (Rennes), Dr Viole (Rochefort-sur-mer), Pr Didier (Toulouse), Pr Lareng (Toulouse), Dr Ghnassia (Versailles), Dr Fèvre (Vienne), Dr Dublanche (Villeneuve-Saint-Georges), Dr Megraud (Bordeaux), Pr Bebear (Bordeaux), Pr Drugeon (Nantes), Dr Bous-sougang (Colombes), Pr Le Noc (Grenoble), Pr Monteil (Strasbourg), Pr Cluzel (Clermont-Ferrand), Dr Auberger (Laval), Dr Prieur (Romans), Pr Chastel (Brest).

LE POINT SUR...

SIDA ET MILIEU PROFESSIONNEL

INTRODUCTION

Au cours de l'année 1988, un groupe de travail créé dans le cadre du Conseil supérieur des risques professionnels, sous la présidence de M^{me} Grévisse, présidente de la section sociale du Conseil d'État, a élaboré une « charte » de principes juridiques fondamentaux, applicable dans les situations de travail où des problèmes liés à l'infection par le V.I.H. peuvent être posés.

Ce groupe de travail regroupait des représentants des partenaires sociaux (organisations patronales et de salariés), des pouvoirs publics (Direction des relations du Travail et Direction générale de la Santé) et des experts scientifiques.

Nous reproduisons ce texte, tiré du rapport du Conseil supérieur des risques professionnels, publié à la Documentation Française.

Un dépliant qui en reprend les principaux éléments sera diffusé par la Direction des Relations du Travail dans les entreprises.

INCIDENCE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNO-DÉFICIENCE HUMAINE SUR LE DROIT DES RELATIONS DU TRAVAIL

Le présent document traite des questions d'ordre juridique que peut soulever l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (V.I.H.) en milieu de travail, quelle que soit l'origine de la contamination du salarié.

Cette approche tient compte de plusieurs facteurs et en premier lieu des modes de transmission du virus. La contamination, ne pouvant s'opérer que par voie sanguine ou sexuelle, est exclue dans l'immense majorité des situations de travail où aucun acte de la vie professionnelle ou courante ne comporte de risque d'exposition du fait de la présence, dans une collectivité de travail, de personnes saines et de personnes porteuses du virus.

Elle se fonde également sur la doctrine tracée par les pouvoirs publics en matière de protection sanitaire qui, conformément à diverses résolutions internationales (1), fait de la recherche du

(1) Organisation internationale du travail, Organisation mondiale de la santé, Communautés économiques européennes, Conseil de l'Europe.

statut sérologique d'une personne, un acte volontaire et protégé par le secret.

Elle se fonde enfin, sur la législation relative à la protection de la vie privée (art. 9 du Code civil) et à la non discrimination en matière de mœurs (art. 416 du Code pénal, art. L. 122-35 du Code du travail).

Les éléments qui précèdent ainsi que l'ampleur du phénomène expliquent le caractère exclusivement conceptuel — à l'heure actuelle — de la réflexion, en l'absence de toute référence jurisprudentielle spécifique. La nouveauté, comme la rareté relative, des cas les plus graves parmi la population active n'ont pas suscité de contentieux significatifs et aucun, en tout cas, n'est à ce jour parvenu au stade d'un jugement définitif.

LE RECRUTEMENT ET L'EMBAUCHE

Pièces, documents et renseignements exigibles au moment de l'embauche

Le principe dégagé par la jurisprudence est que les renseignements que doit fournir le candidat, doivent avoir un lien direct et nécessaire avec l'emploi auquel il postule. C'est ainsi que, dans un arrêt du 17 décembre 1973, la chambre sociale de la Cour de cassation a posé le principe que « les renseignements et pièces demandés lors de l'embauchage ont pour but de permettre à l'employeur d'apprécier les qualités du salarié, en tant qu'ouvrier, pour l'emploi sollicité par lui et ne peuvent concerner des domaines sans lien direct avec cette activité professionnelle ».

L'employeur ne peut demander que des renseignements présentant un lien direct et nécessaire avec l'emploi proposé. Sauf dans les cas exceptionnels où un tel lien pourrait exister entre l'état de santé du salarié et l'emploi offert, il n'y a pas lieu de rechercher des informations sur cet état de santé et notamment si le salarié est porteur du virus de l'immuno-déficience humaine.

Visite médicale d'embauche et examens complémentaires

L'article R. 248-48 du Code du travail dispose : « Tout salarié fait l'objet d'un examen médical avant l'embauchage ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai qui suit l'embauchage ». L'article 30 du décret n° 82-397 du 11 mai 1982 prévoit des dispositions comparables pour les salariés du régime agricole.

L'examen médical a pour but de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection contagieuse

En l'état actuel des connaissances scientifiques, il est établi que la transmission du virus ne peut s'effectuer chez l'adulte que par voie sanguine ou sexuelle. Une éventuelle contamination professionnelle n'est donc possible que par contamination du sang dans des hypothèses très limitées : le contact infectant (par blessure, piqûre ou lésion cutanée) auquel peuvent être exposées des catégories bien déterminées de personnel appartenant notamment aux milieux de soins ou opérant (comme, par exemple, dans le secteur de la recherche) sur des liquides biologiques infectés.

Compte tenu du caractère théorique du risque de contamination d'un salarié par un autre, en situation normale de travail, le dépistage du virus n'est nullement justifié.

L'examen médical a également pour but de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter

L'article R. 241-52 du Code du travail prévoit que le médecin du travail peut prescrire des examens

complémentaires nécessaires au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail.

En l'état actuel des connaissances, seule une altération effective des défenses immunitaires — situation excluant les porteurs asymptomatiques du virus — pourrait dans des cas très circonscrits justifier une investigation sérologique, celle-ci restant à l'initiative du médecin du travail.

La fiche d'aptitude

L'article R. 241-57 du Code du travail précise qu'à l'issue de chaque examen médical, le médecin du travail établit une fiche d'aptitude en deux exemplaires dont un est remis au salarié et l'autre à l'employeur.

Cette fiche ne fait que mentionner l'aptitude ou l'inaptitude, partielle ou totale, du salarié. Elle ne doit comporter aucun renseignement confidentiel, tel que la nature ou l'origine de l'inaptitude ou des réserves éventuellement formulées.

Le médecin du travail, dans son activité médicale, conserve une pleine indépendance. Le code de déontologie médicale précise, en effet, en son article 10 que « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » et l'article 75 prévoit quant à lui que « le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions ».

EXÉCUTION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Adaptation du poste ou affectation à un autre poste

Raisons médicales

L'article L. 241-10-1 du Code du travail précise que « le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment... à l'état de santé des travailleurs ».

Le médecin du travail qui a connaissance de l'état sérologique d'un salarié — qu'il soit porteur asymptomatique du VIH ou que ses défenses immunitaires soient altérées — peut, compte tenu des caractéristiques du poste, proposer une adaptation de celui-ci ou une affectation à un autre poste. Il n'a pas alors à indiquer à l'employeur l'origine des contre-indications à la tenue du poste initial.

L'employeur doit, conformément aux dispositions de l'article L. 241-10-1 du Code du travail, tenir compte de ces propositions et, en cas de refus, faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

En cas de difficulté ou de désaccord, l'article L. 241-10-1 du Code du travail prévoit que c'est l'inspecteur du travail qui prend la décision, après avis du médecin inspecteur du travail.

Troubles dans l'entreprise

Il convient également d'envisager l'hypothèse où l'employeur considérerait que, du fait de son état — si celui-ci vient à être connu — et de la réaction d'autres salariés ou de clients inquiets d'une éventuelle contamination, le salarié porteur du virus apporte un trouble au bon fonctionnement de l'entreprise.

Les tribunaux ont considéré que des circonstances extérieures à la vie professionnelle et tenant à la vie privée du salarié pouvaient parfois être prises en considération pour justifier un licenciement lorsqu'elles avaient une incidence sur la marche de l'entreprise (à titre d'exemple, conjoints travaillant dans des entreprises concurrentes, aspect physique, tenue vestimentaire inadéquate...).

Au cas présent, le trouble susceptible d'être apporté, ne reposerait sur aucun motif objectif ou légitime, compte tenu de ce qui a été déjà dit sur les modes de transmission du virus et sur le fait que la séropositivité asymptomatique n'a pas d'incidence sur les conditions d'exécution du contrat de travail.

Le droit de retrait

La question se pose de savoir si un salarié peut invoquer le droit de retrait prévu à l'article L. 231-8-1 du Code du travail pour se soustraire à toute situation susceptible de le mettre, du fait de son travail, en contact avec le virus.

Il convient, là encore, de rappeler la distinction fondamentale entre les professions qui ne comportent aucune exposition à l'infection par le V.I.H. et celles où le risque est présent.

Dans le premier cas, compte tenu des modes de contamination très spécifiques, il n'est guère concevable de rencontrer une situation où les relations de travail (avec un autre salarié, un client...) constitueraient « un danger grave et imminent », comme l'exige la mise en œuvre du droit de retrait. Ainsi privé de base objective, ce droit ne peut être mis en œuvre.

Dans les professions susceptibles de comporter un risque de contamination, une distinction supplémentaire peut être suggérée.

D'une part, il existe des activités de soins ou de secours où la mise en œuvre du droit de retrait rencontrerait le double obstacle de la règle posée par le Code du travail — ne pas créer pour autrui un nouveau risque grave et imminent — et d'autres obligations qu'elles soient déontologiques — dans le cas de professions médicales et paramédicales — ou pénales, à travers la notion de non-assistance à personne en danger. D'autre part, il existe des activités (de nature variée, allant de la recherche au nettoyage par exemple) comportant un risque potentiel de contact avec les liquides biologiques ou des objets infectés et non plus avec des personnes à soigner. Le fait contaminant, toujours accidentel, présente une nature grave et peut survenir de manière immédiate. Il ne serait alors pas exclu que le droit de retrait puisse recevoir ici une application mais seulement dans la mesure où le salarié n'aurait pas été à même, grâce à des mesures de protection appropriées prises par l'employeur, de se prémunir contre la contamination.

LICENCIEMENT

Compte tenu des caractéristiques de cette infection et des connaissances scientifiques, il apparaît qu'un licenciement ayant pour cause le statut sérologique d'un salarié ne pourrait être reconnu comme légitime par les tribunaux sauf dans les cas exceptionnels évoqués ci-dessus. Il en serait de même d'un licenciement fondé sur l'existence supposée d'un facteur de risque.

Par ailleurs, il convient de rappeler que si la maladie, quelle que soit sa nature et sa gravité, ne constitue pas, en tant que telle, une cause réelle et sérieuse de licenciement, selon une jurisprudence bien établie, un employeur peut licencier un salarié pour absences répétées ou absences prolongées résultant de la maladie lorsqu'il considère que le remplacement définitif du salarié se révèle nécessaire en raison de la perturbation que cette absence apporte dans le fonctionnement de l'entreprise.

En l'espèce, rien ne justifie que le problème posé par l'infection par le V.I.H. soit abordé d'une façon spécifique, différente des autres cas de maladies longues dont l'évolution est incertaine et peut avoir des incidences variables sur l'exécution du contrat de travail en fonction du temps et de la nature des activités.

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1985	Typhoïdes et paratyphoïdes	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1985	Typhoïdes et paratyphoïdes	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	935 000								LIMOUSIN	19 - Corrèze	242 000								
	68 - Rhin (Haut-)	660 000	1					2			23 - Creuse	137 000								
	Total	1 596 000	1					2			87 - Vienne (Haute-)	357 000								
AQUITAINE	24 - Dordogne	380 000			1						Total	736 000								
	33 - Gironde	1 162 000		2						LORRAINE	54 - Meurt.-et-Mos.	713 000							1	
	40 - Landes	302 000									55 - Meuse	199 000							1	
	47 - Lot-et-Garonne	302 000						1			57 - Moselle	1 009 000								
	64 - Pyrénées-Atlant.	565 000				2		4			88 - Vosges	349 000								
	Total	2 711 000		2	1	2		5			Total	2 314 400							2	
AUVERGNE	03 - Allier	366 000	1							MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	135 000								
	15 - Cantal	161 000									12 - Aveyron	278 000								
	43 - Loire (Haute-)	207 000		3				1			31 - Garonne (Hte-)	848 000		1	2	1				
	63 - Puy-de-Dôme	601 000						1			32 - Gers	173 000								
	Total	1 335 000	1	3				2			49 - Lot	158 000								
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	481 000						3			65 - Pyrénées (Htes-)	227 000							1	
	58 - Nièvre	237 000									81 - Tarn	340 000		2						
	71 - Saône-et-Loire	571 000									82 - Tarn-et-Gar.	194 000								
	89 - Yonne	316 000			2			2			Total	2 352 000		3	2	1		1		
	Total	1 605 000			2			5			59 - Nord	2 509 000	1	5	1	1		7		
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	544 000						1		NORD - PAS-DE-CALAIS	69 - Pas-de-Calais	1 421 000								
	29 - Finistère	839 000									Total	3 931 000	1	5	1	1		7		
	35 - Ille-et-Vilaine	771 000						5			14 - Calvados	603 000								
	56 - Morbihan	603 000								50 - Manche	472 000									
	Total	2 757 000						6		61 - Orne	295 000									
CENTRE	18 - Cher	322 000		2						NORMANDIE (BASSE-)	Total	1 370 000								
	28 - Eure-et-Loir	377 000									27 - Eure	483 000							1	
	36 - Indre	239 000									76 - Seine-Maritime	1 205 000						1		
	37 - Indre-et-Loire	519 000						1			Total	1 688 000						2		
	41 - Loir-et-Cher	301 000			1			2		PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	1 026 000								
	45 - Loiret	558 000		1							49 - Maine-et-Loire	697 000		2				1		
Total	2 317 000		3	1			3		53 - Mayenne		276 000									
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 - Ardennes	300 000			2			1			72 - Sarthe	511 000		1					1	
	10 - Aube	292 000									85 - Vendée	498 000								
	51 - Marne	550 000								Total	3 007 000		3				2			
	52 - Marne (Haute-)	210 000						1		PICARDIE	02 - Aisne	535 000						3		
	Total	1 352 000			2			2			60 - Oise	685 000								
CORSE	2 A - Corse-du-Sud	113 000									80 - Somme	549 000			2					
	2 B - Corse (Haute-)	135 000									Total	1 770 000			2			3		
	Total	248 000								POITOU - CHARENTES	16 - Charente	342 000					2			
FRANCHE-COMTÉ	25 - Doubs	473 000				2		6			17 - Charente-Mar.	519 000								
	39 - Jura	245 000									79 - Sèvres (Deux-)	344 000								
	70 - Saône (Haute-)	237 000									86 - Vienne	377 000								
	90 - Terr. de Belfort	134 000									Total	1 582 000					2			
	Total	1 089 000				2		6		PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	122 000								
	ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 134 000		9				14			05 - Alpes (Hautes-)	107 000							
77 - Seine-et-Marne		965 000									06 - Alpes-Marit.	892 000		9						
78 - Yvelines		1 259 000									13 - B.-du-Rhône	1 739 000		2						
91 - Essonne		1 022 000						3			83 - Var	748 000				1			1	
92 - Hauts-de-Seine		1 366 000		2				14			84 - Vaucluse	438 000								
93 - Seine-St-Denis		1 331 000	1					8			Total	4 046 000		11	1			1		
94 - Val-de-Marne		1 184 000		2				2			RHÔNE - ALPES	01 - Ain	440 000							
95 - Val-d'Oise		967 000		1				12	1			07 - Ardèche	272 000							
Total		10 228 000	1	14				53	1			26 - Drôme	403 000							
LANGUEDOC - ROUSSILLON		11 - Aude	285 000									38 - Isère	976 000		3					6
	30 - Gard	553 000			1					42 - Loire		739 000	2	1	1			16		
	34 - Hérault	738 000		1				6		69 - Rhône		1 458 000		4						
	48 - Lozère	74 000								73 - Savoie		332 000								
	66 - Pyrénées-Orient.	384 000		2				1		74 - Savoie (Haute-)		519 000						1		
	Total	1 998 000		3	1			7		Total		5 139 000	2	8	1				23	
FRANCE OUTRE-MER	971 - Guadeloupe	328 400								TOTAL DE LA SEMAINE			6	55	14	6	2	132	1	
	972 - Martinique	329 600		1						FRANCE MÉTROPOLITAINE TOTAL : 55 170 000	8 premières semaines de 1989	38	592	170	28	8	1 426	20		
	973 - Guyane	73 000									8 premières semaines de 1988	38	380	79	21	6	1 468	14		
	974 - Réunion	516 000	2	2				1												

Directeur de la publication : M. Maurice ROBERT
 Rédacteur en chef : D^e Elisabeth BOUVET
 Rédaction : D^{rs} Jean-Baptiste BRUNET, Bruno HUBERT, Anne LAPORTE, Colette ROURE
 Administration : M. André CHAUVIN - Secrétariat : Mme Sylvie CLUZAN

Direction générale de la Santé
 Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
 Bureau 1 C : 1, place de Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 47 65 25 54
 N° CPP : 2015 AD

Revue disponible uniquement par abonnement : 200 F pour l'ensemble des publications de l'année civile.
 Le seul mode de paiement accepté est le paiement à la commande. Les demandes d'abonnement doivent être
 faites exclusivement par courrier adressé à :

Imprimerie Nationale - Département Diffusion
 B.P. 637, 95906 DOUAI CEDEX

La publication d'un article dans la B.E.H. n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés
 sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indi-
 cation de la source.