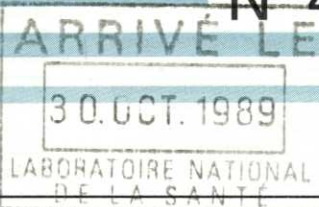


BEH

Bilan de la vaccination  
contre l'hépatite B : p. 169.  
La santé en France : p. 171.

N° 41/1989

16 octobre 1989



## ENQUÊTE

## BILAN DE LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B À L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS

D. ABITEBOUL\*, B. GOUAILLE\*\*

## INTRODUCTION

L'hépatite virale B est la maladie professionnelle la plus fréquente en milieu hospitalier. Son incidence annuelle est estimée entre 1 et 2/10 000 dans la population générale, alors qu'elle varie entre 7 et 31/10 000 selon les hôpitaux et notamment la présence ou non d'un service d'hémodialyse [3, 4, 5]. On en connaît la gravité potentielle : formes chroniques, hépatite fulminante... Une hépatite virale B professionnelle, c'est également : 4 mois d'arrêt de travail en moyenne, 110 000 francs de frais médicaux et d'indemnisation.

Dans les années qui précèdent la mise sur le marché (juin 1981) du vaccin anti-hépatite B [Hevac B (2)] plus de 200 hépatites virales sont déclarées annuellement en maladie professionnelle à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris : A.P.P. (tabl. 1). Ces hépatites sont de plusieurs types : A, B et non A non B, conformément au tableau n° 45 qui fonde ces déclarations.

Bien que les différentes catégories d'hépatites ne soient pas précisées dans les rapports de l'époque, 2 études, portant sur la même période, permettent d'estimer à au moins 57 % du total le nombre d'hépatites B [4,5]. Pour 1980, dernière année avant les débuts de la vaccination, le nombre de cas d'hépatites B peut donc être estimé à 127. Ce chiffre est probablement sous évalué vu le nombre de déclarations où le type n'est pas indiqué, ces « indéterminées » étant constituées en grande partie d'hépatite B.

Les infirmières des services de néphrologie hémodialyse et les laborantin(e)s sont les plus touché(e)s [3, 4, 5] malgré la diffusion de consignes strictes visant à prévenir la transmission sanguine et l'immunisation passive par gammaglobulines spécifiques pour les services à haut risque type hémodialyse. Ces agents très exposés sont donc vaccinés dès que le vaccin est disponible courant 1981 (environ 1300 vaccinations complètes 1981-1982 à l'A.P.P.). De 1980 à 1982, on assiste déjà à une diminution de 30 % du nombre d'hépatites virales déclarées : (tabl. 1). Cette régression déjà nette est à relier à ces premières vaccinations anti-hépatite B mais aussi probablement à l'application des règles d'hygiène visant à limiter l'exposition au sang du personnel.

La circulaire de la D.G.S. du 15 juin 1982 recommande la vaccination pour tout le personnel exposé et réceptif avec sérologie préalable. En

Tableau 1. — Hépatites virales professionnelles répertoriées dans les rapports annuels des médecins du travail de l'Assistance publique

Années	Total hépatites	Hépatites B	Hépatites indéterminées	Hépatites A	Hépatites non A non B
1978 .....	238*				
1979 .....	182				
1980 .....	222*				
1981 .....	152				
1982 .....	155				
1983 .....	97				
1984 .....	101*				
1985 .....	94*	51 (54 %)	33 (35 %)	11 (12 %)	9 (10 %)
1986 .....	76*				
1987 .....	58*	25 (43 %)	13 (22 %)	8 (14 %)	12 (21 %)
1988 .....	37*	16 (43 %)	4 (11 %)	8 (22 %)	9 (24 %)

\* Chiffres incluant quelques déclarations concernant des médecins, alors que les données de 1979, 1981, 1982 et 1983 ne concernent que le personnel hospitalier à l'exclusion du personnel médical.

Tableau 2. — Couverture vaccinale de certains services considérés comme principalement exposés

Service	Nombre* de secteurs	Couverture** vaccinale en %
Néphro-hémodialyse .....	9	80
Hématologie .....	11	49
Hépatologie .....	8	55
Hémodiologie-banque du sang .....	14	62
Laboratoires (bactériologie, biochimie,...) .....	15	69
Services où sont traités des malades sous immunodépresseurs .....	10	56
Réanimation .....	14	63
Salubrité-lingerie .....	24	48

\* Nombre de secteurs dont les données ont permis de calculer les taux de couverture vaccinale. Les autres secteurs n'ont pas ce type de service ou n'ont pas pu estimer la couverture vaccinale.

\*\* Pourcentage d'agents ayant reçu une vaccination complète (au moins 4 injections) par rapport à l'effectif total du service (médecins non compris).

octobre 1982, à l'A.P.P. est lancée une campagne de vaccination contre l'hépatite B par note du directeur général. Cette action vise à assurer prioritairement la protection des groupes principalement exposés aux risques de contamination (liste des services tabl. 2). La vaccination est proposée dans le cadre du service de médecine du travail aux agents volontaires : personnel hospitalier, personnels médicaux et C.E.S. en stage actif de ces services. Une recherche des marqueurs de l'hépatite B est prévue avant vaccination. En

(1) Source : C.R.A.M. Rhône-Alpes : chiffres calculés à partir de 74 cas indemnisés au titre des maladies professionnelles entre 1984 et 1986. Ils ne concernent que les salariés du régime général de la Sécurité sociale à l'exclusion du personnel de la fonction publique hospitalière.

(2) Hevac B : Pasteur vaccins.

\* Médecin du travail, Assistance publique, hôpitaux de Paris, hôpital Ambroise-Paré.

\*\* Médecin coordinateur, service de médecine du travail de l'Assistance publique, hôpitaux de Paris.



1985, le bénéfice de la vaccination est étendu aux internes en médecine et pharmacie, aux élèves des écoles d'infirmières et spécialisées, ainsi qu'aux agents hospitaliers en formation d'aides-soignants.

## OBJECTIFS

Cette étude a été réalisée afin d'évaluer, après 6 ans de diffusion de la vaccination, l'application actuelle du protocole initial, la couverture vaccinale du personnel et son impact sur l'incidence annuelle de l'hépatite virale B.

## POPULATION ET METHODE

Les rapports annuels d'activité des médecins du Travail sur la période considérée ont fourni les chiffres concernant les déclarations d'hépatites virales en maladie professionnelle. Les résultats d'un premier bilan global de la vaccination en 1984 ont été également pris en compte.

Un questionnaire a été adressé en janvier 1989 à 45 secteurs de médecine du travail de l'A.P.P. assurant la surveillance de 65 000 agents environ.

Il portait principalement sur le nombre d'injections pratiquées en 1988, le nombre d'agents complètement vaccinés, la couverture vaccinale par service, l'application du protocole vaccinal initial.

La vaccination comprend 3 injections à un mois d'intervalle, 1 rappel un an après la 3<sup>e</sup> injection puis tous les 5 ans. Ont été considérées comme vaccinés tous les agents ayant reçu au moins 4 injections (primovaccination complète et au moins 1 rappel). Signalons que parmi les non-vaccinés sont comptabilisés des agents n'ayant pas justifié la vaccination car déjà immunisés.

44 secteurs (98 %) ont répondu. 32 questionnaires (71 %) ont pu être exploités en totalité ce qui correspond à 40 043 agents, soit 62 % de l'effectif total, tous types d'activités à l'hôpital confondus (sauf médecins et élèves).

Sur les 32 secteurs étudiés, 21 sont principalement de court séjour, 9 de moyen-long séjour et 2 industriels et commerciaux.

## RÉSULTATS

### 1. La couverture vaccinale

L'état vaccinal de 40 043 agents vis-à-vis de l'hépatite B est résumé au tableau 3.

Au 15 février 1989, 26 % du personnel, soit 10 233 agents, a reçu une vaccination complète.

La vaccination n'est proposée qu'aux agents susceptibles d'être exposés, c'est-à-dire dans les travaux définis au tableau n° 45 (1). Nous avons donc calculé la couverture vaccinale par rapport à un effectif exposé que nous avons évalué à environ 80 % (sondage à partir de 2 hôpitaux et comparaison aux effectifs globaux de l'A.P.P. par catégories professionnelles).

On constate que la couverture vaccinale est très hétérogène selon les hôpitaux allant de 1 % à 85 %. La dispersion des résultats est tout aussi importante dans les hôpitaux de court séjour qu'en moyen-long séjour ou dans les secteurs industriels et commerciaux. Il est donc difficile de comparer leur taux de couverture vaccinale et d'en tirer des conclusions.

En moyenne, 32 % des agents exposés sont complètement vaccinés. 13 % sont en cours avec 1 à 3 injections faites. Au total au 15 février 1989, 45 % des agents exposés (14 528 sur 32 034) sont vaccinés ou en cours de vaccination contre l'hépatite B.

La couverture vaccinale par services considérés comme principalement exposés et donc prioritaires au début de la campagne de vaccination en 1982 est précisée au tableau 2.

48 % à 80 % des agents de ces services sont vaccinés.

Tableau 3. — Situation vaccinale de 40 043 agents

Secteurs de médecine du travail	21 secteurs principalement court séjour*		9 secteurs moyen-long séjour		2 secteurs industriels commerciaux		Total	
Effectif								
Total (1) . . . . .	33 480		6 225		338		40 043	
Exposé (2) . . . . .	26 784		4 980		270		32 034	
	Nombre	% **	Nombre	% **	Nombre	% **	Nombre	% **
Vaccinés (3) . . . . .	8 255	31	1 867	37	111	41	10 233	32
En cours (4) . . . . .	3 694	14	563	11	38	14	4 295	13
En cours ou rappel(s) fait(s) (5) . . . . .	11 949	45	2 430	48	149	55	14 528	45

(1) Nombre total des agents non médecins suivis par le(s) médecin(s) du travail du secteur.

(2) Nombre d'agents susceptibles d'être exposés au sang et liquides biologiques : estimé par sondage à environ 80 % de l'effectif total.

(3) Primovaccination (3 injections) et au moins un rappel faits.

(4) 1 à 3 injections faites.

(5) = (3) + (4).

\* Ces secteurs peuvent comprendre quelques unités de moyen-long séjours ou services industriels et commerciaux, mais les soins aigus y dominent largement.

\*\* Pourcentage par rapport à l'effectif exposé (2).

### 2. Sérologies prévacinales

56 % des médecins du travail (18/32) pratiquent actuellement le bilan pré-vaccinal prévu en 1982 en y ajoutant souvent la recherche de l'AC anti-HBc. Seules 7 réponses (soit un effectif de 10 070 agents) sont exploitables pour calculer la prévalence des marqueurs. 11 % des agents testés dans ces 7 secteurs n'ont pas justifié la vaccination, car la sérologie préalable était positive (présence d'AG HBs ou d'AC anti-HBs). En 1984, dans l'ensemble des secteurs de médecine du travail, 6 040 bilans prévacinaux avaient été réalisés. La prévalence était de 18 %.

### 3. Sérologies post-vacinales

44 % des médecins (14/32) contrôlent les anticorps anti-HBs, 2 mois après la 3<sup>e</sup> injection. Ils pratiquent une 4<sup>e</sup> injection en cas d'immunisation insuffisante (AC anti-HBs  $\leq$  10 m UI). Les données incomplètes ne permettent pas d'évaluer le pourcentage de non réponses à la vaccination. En revanche, l'étude de fin 1984, donne 96 % d'immunisation 2 mois après la 3<sup>e</sup> injection.

### 4. Qualité du suivi vaccinal par catégorie professionnelle

Les 32 médecins ont donné leur impression sur le suivi vaccinal des médecins, des élèves infirmières et du personnel à l'Assistance publique. 19 % seulement considèrent la situation vaccinale des médecins, internes et étudiants satisfaisante. 39 % vaccinent des étudiants hospitaliers : 665 injections leur ont été faites en 1988 sur 12 secteurs. 100 % en revanche pensent que le suivi vaccinal des écoles d'infirmières est bon. 80 % ont le même avis pour le personnel.

### 5. Évolution des déclarations d'hépatites virales professionnelles

Les données sont résumées tableau 1.

## DISCUSSION

### 1. La vaccination contre l'hépatite B progresse à l'A.P.P.

Fin 1984, 3 000 agents environ étaient vaccinés et 2 500 en cours de vaccination. Début 1989, si l'on extrapole les données de notre étude à l'ensemble de l'effectif exposé, on peut estimer qu'environ 16 500 agents sont complètement vaccinés et 7 000 en cours soit un total de 23 500 agents non médecins.

Cette évaluation paraît cohérente au regard des nombres arrondis de doses vaccinales délivrées en médecine du travail par la pharmacie centrale des hôpitaux (17 000 en 1985, 21 000 en 1986, 22 700 en 1987, 24 700 en 1988).

### 2. Impact sur l'incidence des hépatites virales professionnelles

Les chiffres sont éloquentes :

— 1980 : 222 hépatites virales dont 127 hépatites B ;

— 1988 : 37 hépatites virales dont 16 hépatites B.

Soit une réduction de 87 % des hépatites B en 8 ans.

Notons que le nombre d'hépatites indéterminées chute, confirmant la prépondérance parmi elles des hépatites B. Un meilleur classement des différents types d'hépatites intervient sans doute aussi. Le nombre des hépatites A et non A non B reste par contre stable.

### 3. Situation vaccinale des agents

La couverture vaccinale : 1 agent exposé totalement vacciné sur 3, est encore insuffisante. Elle est plus faible que celle trouvée dans l'enquête DGS/Pasteur, menée en septembre 1988 dans 4 hôpitaux de la région parisienne dont 3 de l'A.P.P. et présentée dans le B.E.H. [1, 2] où 38 % des personnes étaient complètement vaccinées et 16 % primovaccinées.

Mais les 2 études sont difficilement comparables. Dans l'enquête DGS/Pasteur, des services particuliers ont été choisis dans les 4 hôpitaux volontaires : réanimation, médecine interne, chirurgie ou obstétrique, laboratoire de biochimie. La population étudiée était également différente puisqu'elle ne comprenait que des personnels de soins et de laboratoires, médecins et pharmaciens inclus.

Dans notre étude, on constate que les services dits « à risque » selon la note d'octobre 1982, ont un taux de vaccination complète (48 % à 80 %) supérieur à la moyenne. C'est l'action prioritaire auprès des agents de ces services qui a permis une décroissance rapide des cas d'hépatites B.

Néanmoins, pour progresser encore, l'effort doit maintenant porter sur les services considérés comme peu exposés et sur les agents les moins sensibilisés : agents hospitaliers, aides soignant(e)s [3, 5]. L'excellente couverture vaccinale (estimée à plus de 90 %) des élèves infirmières à la sortie de l'école, laisse espérer une augmentation progressive du pourcentage d'infirmières vaccinées.

(1) Travaux comportant le prélèvement, la manipulation, le conditionnement ou l'emploi du sang humain ou de ses dérivés, ainsi que ceux qui mettent en contact avec les produits pathologiques provenant des malades ou les objets contaminés par eux.



#### 4. La vaccination des médecins et des étudiants hospitaliers

Elle pose des problèmes spécifiques. La plupart des médecins du travail considèrent que leur suivi médical n'est pas satisfaisant. L'enquête DGS/Pasteur le confirme puisqu'ils apparaissent comme les moins bien vaccinés (12).

Les étudiants hospitaliers sont suivis par la médecine préventive universitaire et il n'est pas prévu par les notes de 1982 et 1985 de les vacciner. Néanmoins, certains médecins du travail, en fonction du contexte local, vaccinent des externes. Ces étudiants, au cours de leurs stages, sont exposés à un risque de contamination certain. Il paraît souhaitable de les vacciner pendant leurs études comme cela est fait depuis 1985 pour les élèves infirmier(e)s et aides soignant(e)s. C'est en effet un moment favorable comme le montre les taux de couverture vaccinale atteints dans les écoles. Le problème reste de savoir qui doit les vacciner.

Pour les médecins et les internes, la vaccination est pratiquée sur demande individuelle. À l'A.P.P., les médecins du travail n'assurent pas, jusqu'à présent, la surveillance médicale des personnels médicaux prévue par le décret du 16 août 1985. Le mode d'information privilégiée qu'est l'entretien individuel lors des visites médicales n'existe donc pas.

Une nouvelle campagne d'information et de sensibilisation du corps médical à la faveur, par exemple, de l'arrivée sur le marché de nouveaux vaccins fabriqués par génie génétique, apparaît indispensable.

#### 5. Intérêt des sérologies pré et post vaccinales

Nos taux de séropositivité prévacinale sont comparables à ceux trouvés dans d'autres études françaises (11,5 à 18 %).

Ces prévalences d'immunité naturelle sont trop faibles pour que la recherche prévacinale des marqueurs soit rentable. En outre, plusieurs travaux ont constaté que la présence isolée d'AC anti-HBs ne témoignent pas forcément d'une immunisation acquise contre le virus B; il est donc indispensable d'y associer une recherche d'AC anti-HBc, ce qui majore encore le coût de la recherche (6). Le dépistage systématique prévacinal a aussi l'inconvénient de faire de cette vaccination, une vaccination particulière. En revanche, il permet le dépistage de porteurs chroniques d'Ag HBs (1 à 3 % selon les études) ce qui est intéressant tant au point de vue préventif pour l'entourage que pour une surveillance et une thérapeutique éventuelle des formes chroniques.

Le contrôle de la séroconversion 2 mois après la 3<sup>e</sup> injection permet d'identifier les non-répondeurs (5 % en moyenne) et de leur proposer une 4<sup>e</sup> injection. Un contrôle de l'efficacité de la vaccination est essentiel dans les services à haut risque type hémodialyse. Il peut être intéressant chez les agents les plus âgés, les obèses et les immunodéprimés qui s'immunisent moins bien.

#### CONCLUSION

L'efficacité de la vaccination est évidente lorsqu'on voit la décroissance spectaculaire du nombre d'hépatites virales professionnelles déclarées sur 8 ans.

Néanmoins, la couverture vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B reste insuffisante, surtout dans les services considérés comme peu exposés.

Pour progresser il faut « banaliser » cette vaccination en la proposant à tout agent susceptible d'être exposé au sang et liquides biologiques quel que soit le service, dès l'embauche. Un effort spécifique doit, d'autre part, être fait pour améliorer le suivi vaccinal des personnels médicaux.

Enfin le taux non négligeable de porteurs sains ou de formes chroniques inapparentes parmi le personnel hospitalier font pencher en faveur du maintien chez ces derniers d'au moins 1 contrôle sérologique. Un contrôle post-vaccinal (Ag HBs + AC anti-HBs) 2 mois après la 3<sup>e</sup> injection combinant les objectifs d'efficacité et d'économie ne serait-il pas le plus adapté ?

Cette étude a été possible grâce aux médecins du travail de l'A.P.P. et à leurs collaborateurs que nous tenons à remercier.

#### BIBLIOGRAPHIE

- [1] ABITEBOUL D., ROUVEIX E., PELLETIER A., BATY F., MEYER L., LECAS F., BRUCKER G., FOULON G., BOUVET E. — Étude du Statut vaccinal du personnel hospitalier de la région parisienne vis-à-vis de l'hépatite B. *B.E.H.* n° 21/1989, 85-87.
- [2] BOUVET E., ABITEBOUL D., BATY F., MEYER L., GOTTOT S., CHEVALIER C., FOULON G. — Évaluation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez le personnel hospitalier de la région parisienne. *B.E.H.* n° 48/1988, 48, 189-190.
- [3] GOUDEAU A., DUBOIS F., SURRIBAS J. — Vaccination contre l'hépatite virale B en milieu hospitalier, stratégie d'utilisation. *Nouvelle presse médicale*, 1982, 11, 2930-2931.
- [4] MARANDE J. L., ESTRYN BEHAR M. — Hépatite virale professionnelle. Étude rétrospective effectuée dans 2 hôpitaux de 1974 à 1980. *Archives maladies professionnelles*, 1982, 43, 635-644.
- [5] ODINOT J. M. — Épidémiologie de l'hépatite virale B reconnue comme maladie professionnelle parmi le personnel non médical de l'Assistance publique de 1980 à 1982. Thèse Paris, 1983.
- [6] PERILLO R. P. — Screening of health care workers before hepatitis B : More questions than answers. *Annales internationales de médecine*, 1955, 13, 793-795.
- [7] WEHBE F., BERTHIER C. ET COLL. — Les marqueurs sériques de l'hépatite B parmi le personnel hospitalier avant vaccination. *Presse médicale*, 1985, 14, 1800.

## NOTE DE LECTURE

### LA SANTÉ EN FRANCE

B. MOREL\*, B. MONTAVILLE\*\*

Le rapport sur la « Santé en France - faits majeurs et grandes tendances » a été élaboré par la Direction générale de la Santé (D.G.S.) et le service des Statistiques des Études et des Systèmes d'Information (S.E.S.I.) du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale.

L'équipe de rédaction était composée de M. H. Balique\*, O. Choquet\*, et A. Fourcade\*, avec l'appui technique de B. Garros\*\*\*. Ce travail collectif a également bénéficié de la collaboration de nombreux spécialistes des différents domaines abordés, notamment à l'INSERM.

#### PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Ce rapport, présenté sous la forme d'une série de tableaux de bord, commente les principaux thèmes de santé publique. Fait nouveau par rapport à l'édition précédente de 1984, il se réfère aux 38 buts définis par le bureau régional européen de l'O.M.S. dans le cadre de sa stratégie « Santé pour tous en l'an 2000 ». Les indicateurs quantitatifs correspondants sont chiffrés avec les adaptations rendues nécessaires par les spécificités de la situation française.

Pour faciliter la lecture de cet ouvrage destiné aussi au grand public, un plan identique a été retenu pour la plupart des chapitres; d'une part un constat statistique et épidémiologique, d'autre part la présentation des principaux axes de la politique menée et enfin la description des sources d'information utilisées. Ce document ne prétend bien sûr pas à l'exhaustivité des données disponibles dans un domaine aussi vaste. Effort de synthèse important pouvant permettre des comparaisons internationales, ce rapport devrait être un outil de travail pour des analyses plus fines au niveau régional et départemental, en même temps qu'un ouvrage de référence pour tous ceux qui s'intéressent à l'état de santé des Français et à ses évolutions récentes.

#### LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DU CONSTAT

1. Les Français ont une bonne opinion de leur santé : 71 % des hommes et 63 % des femmes se sentent en bonne ou en très bonne santé.
  2. Des progrès continus dans la lutte contre la maladie et la mort.
- L'espérance de vie continue de croître à un rythme rapide (0,3 an en moyenne chaque année) : elle atteint, en 1987, 80,3 ans pour les femmes et 72,0 ans pour les hommes.

Ces progrès portent en particulier sur les enfants de moins de 1 an (7,7 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1988) et sur les personnes âgées de plus de 65 ans grâce au recul des décès par affections cardiovasculaires et surtout cérébrovasculaires.

3. Une préoccupation croissante : la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

C'est surtout au-delà de 85 ans que la fréquence des situations de dépendance s'accroît : ainsi plus de 25 % des femmes de cet âge sont incapables de sortir de chez elles sans aide ou d'effectuer les tâches indispensables de la vie quotidienne. D'ici l'an 2000, c'est la population âgée de plus de 85 ans qui augmentera le plus vite pour atteindre 1 200 000 personnes environ.

4. Des difficultés persistantes pour réduire certaines inégalités et promouvoir des comportements favorables à la santé.

Les inégalités devant la mort entre hommes et femmes, et entre catégories sociales, se maintiennent : 8,3 ans séparent en 1987 l'espérance de vie des hommes de celle des femmes. La surmortalité masculine, présente à tous les âges, est maximale vers 20 ans et 60 ans; les causes en sont bien connues : les accidents de la circulation et les suicides chez les jeunes, les cancers liés à la consommation de tabac et d'alcool chez les hommes de 60 ans.

Plus de 10 000 décès par accident de la circulation en 1988 : les progrès importants réalisés depuis 1972 marquent aujourd'hui un palier. Excès de vitesse et consommation de boissons alcooliques sont le plus souvent en cause.

Plus de 12 000 suicides en 1987 : depuis 1982 le nombre des suicides dépasse celui des décès par accident de la circulation. C'est la deuxième cause de mortalité des jeunes de 15 à 24 ans.

Plus de 21 000 morts par cancer du poumon en 1987, dont 8 500 avant 65 ans. Avec la progression continue et rapide de cette maladie, et des cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage (14 000 décès par an dont 7 700 avant 65 ans), la mortalité des hommes de 55 à 65 ans a cessé de diminuer.

Alors que la consommation moyenne d'alcool diminue régulièrement, celle de tabac augmente à nouveau ces dernières années après les baisses enregistrées entre 1975 et 1982. Le tabagisme progresse chez les femmes et un homme sur cinq fume plus de 20 cigarettes par jour.

5. L'irruption du SIDA.

6 000 cas diagnostiqués en France au 31 décembre 1988 depuis le début de l'épidémie; la part des toxicomanes augmente et atteint 20 % des nouveaux cas diagnostiqués en 1988. C'est sans doute des rapports entre toxicomanes infectés et le reste de la population que dépendra le plus l'évolution de l'infection. L'impact de la maladie est déjà sensible sur la mortalité des hommes de 25 à 34 ans, seule classe d'âge dont la probabilité de décès s'est accrue depuis 1980. La prise de conscience du danger et des comportements à risque progresse dans la population générale et les groupes les plus exposés.

6. La prise de conscience de l'importance de la sécurité dans la vie domestique et l'environnement.

Très nombreux mais le plus souvent bénins, les accidents de la vie domestique entraînent plus de 5 millions de recours aux soins chaque année, et touchent surtout les jeunes enfants et les personnes âgées : chutes, collisions, intoxications et brûlures sont les mécanismes à la fois les plus graves et les plus fréquents.

7. La contrainte économique a surtout pesé depuis 1984 sur l'hôpital public avec la mise en place du budget global.

Pour la première fois depuis 10 ans, les soins hospitaliers représentent en 1988 moins de la moitié (48,6 %) de la consommation de soins et de biens médicaux. En outre l'activité des hôpitaux se diversifie et se concentre sur des épisodes de soins plus courts, avec l'apparition de nouveaux matériels et de nouvelles techniques médicales, surtout dans le domaine de l'imagerie et de l'exploration fonctionnelle.

8. L'accroissement de la participation directe des ménages aux dépenses de santé, qui passe de 15,6 % en 1980 à 20 % en 1988, est la conséquence de plusieurs mesures prises depuis 1980 concernant les taux de remboursement des médicaments et les tarifs des séances de médecin.

En outre, malgré une extension en droit de la couverture sociale à l'ensemble de la population, certaines catégories, estimées à environ 1 % de la population, le plus souvent sans emploi ou sans domicile fixe, demeurent exclues du système de santé et de protection sociale.

Cet ouvrage est disponible à la Documentation française, 29-31, quai Voltaire, 75340 Paris Cedex 07, tél. 40 15 70 00.

\* S.E.S.I. — \*\* D.G.S. — \*\*\* O.R.S. d'Aquitaine



Données provisoires non validées

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1987	Typhoïdes et paratyphoïdes	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1987	Typhoïdes et paratyphoïdes	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective			
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	944 000	1			1			1	LIMOUSIN	19 - Corrèze	239 000										
	68 - Rhin (Haut-)	665 000	1	1				1			23 - Creuse	135 000										
	Total	1 609 000	2	1		1		1			87 - Vienne (Haute-)	360 000										
AQUITAINE	24 - Dordogne	379 000		1					1	LORRAINE	Total	734 000										
	33 - Gironde	1 165 000		13							54 - Meurt.-et-Mos.	708 000										
	40 - Landes	310 000		2							55 - Meuse	197 000										
	47 - Lot-et-Garonne	305 000						3	4		57 - Moselle	1 033 000	1							1		
	64 - Pyrénées-Atlan.	571 000									88 - Vosges	389 000										
	Total	2 730 000		16				3	5		Total	2 327 000	1							1		
AUVERGNE	03 - Allier	364 000								MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 000										
	15 - Cantal	159 000									12 - Aveyron	276 000										
	43 - Loire (Haute-)	209 000									31 - Garonne (Hte-)	863 000		6				1				
	63 - Puy-de-Dôme	596 000									32 - Gers	175 000										
	Total	1 328 000									46 - Lot	155 000										
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	486 000									NORD - PAS-DE-CALAIS	65 - Pyrénées (Htes-)	233 000							1		
	58 - Nièvre	235 000		1								81 - Tarn	342 000							2		
	71 - Saône-et-Loire	571 000										82 - Tarn-et-Gar.	195 000									
	89 - Yonne	320 000			1							Total	2 375 000		6				3	1		
	Total	1 612 000		1	1					59 - Nord		2 506 000		2					11			
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	542 000								NORMANDIE (BASSE-)		62 - Pas-de-Calais	1 425 000							1		
	29 - Finistère	835 000						4				Total	3 931 000		2					12		
	35 - Ille-et-Vilaine	781 000										14 - Calvados	610 000									
	56 - Morbihan	611 000								50 - Manche		478 000							2	2		
	Total	2 769 000							4		61 - Orne	295 000										
CENTRE	18 - Cher	323 000								NORMANDIE (HAUTE-)	Total	1 383 000							2	2		
	28 - Eure-et-Loir	380 000									27 - Eure	493 000										
	36 - Indre	238 000									76 - Seine-Maritime	1 211 000										
	37 - Indre-et-Loire	526 000		1					3		Total	1 704 000										
	41 - Loir-et-Cher	301 000		1						PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	1 036 000		2				6				
	45 - Loiret	573 000	1					5			49 - Maine-et-Loire	711 000		4					4			
	Total	2 341 000	1	2				5	3		53 - Mayenne	281 000		1								
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 - Ardennes	297 000						2			PICARDIE	72 - Sarthe	516 000			1					1	
	10 - Aube	295 000						3				85 - Vendée	509 000							1		
	51 - Marne	559 000								Total		3 053 000		7	1			11	1			
	52 - Marne (Haute-)	207 000						1		02 - Aisne		532 000							1			
	Total	1 359 000						6		60 - Oise		699 000	4									
CORSE	2 A - Corse-du-Sud	112 000								POITOU - CHARENTES	80 - Somme	549 000							1			
	2 B - Corse (Haute-)	135 000									Total	1 780 000	4						2			
	Total	247 000									16 - Charente	343 000		2					2			
FRANCHE-COMTÉ	25 - Doubs	479 000									PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	17 - Charente-Mar.	523 000									
	39 - Jura	245 000										79 - Sèvres (Deux-)	346 000							1		
	70 - Saône (Haute-)	234 000								86 - Vienne		381 000		1					1			
	90 - Terr. de Belfort	130 000								Total		1 593 000		3					4			
	Total	1 088 000								04 - Alpes-Hte-Prov.		127 000										
ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 069 000		27				15		RHÔNE - ALPES	05 - Alpes (Hautes-)	109 000										
	77 - Seine-et-Marne	985 000									06 - Alpes-Marit.	910 000	2	2					6			
	78 - Yvelines	1 270 000	3	3				1			13 - B.-du-Rhône	1 758 000	1	3						1		
	91 - Essonne	1 048 000		3				5	1		83 - Var	760 000							1			
	92 - Hauts-de-Seine	1 370 000	1	4				38			84 - Vaucluse	465 000	1		1				6			
	93 - Seine-St-Denis	1 346 000	1					6			Total	4 129 000	4	5	1				13	1		
	94 - Val-de-Marne	1 199 000		5	1			5			01 - Ain	457 000	1									
	95 - Val-d'Oise	993 000		2				3			07 - Ardèche	275 000										
	Total	10 281 000	5	44	1			73	1		26 - Drôme	415 000										
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	290 000							2		TOTAL DE LA SEMAINE	38 - Isère	988 000	1								
	30 - Gard	570 000	4	1				4		42 - Loire		739 000										
	34 - Hérault	776 000	2	1			1	1		69 - Rhône		1 443 000										
	48 - Lozère	72 000								73 - Savoie		335 000										
	66 - Pyrénées-Orient.	360 000								74 - Savoie (Haute-)		540 000										
	Total	2 067 000	6	2			1	5	2	Total		5 192 000	2									
FRANCE OUTRE-MER	971 - Guadeloupe	328 400								FRANCE MÉTROPOLITAINE		39 premières semaines de 1989		269	2 783	426	120	45	6 778	202		
	972 - Martinique	329 600						1				39 premières semaines de 1988		274	2 023	374	173	55	6 898	106		
	973 - Guyane	73 000										TOTAL :	55 634 000									
	974 - Réunion	516 000						4														

Directeur de la publication : M. Maurice ROBERT  
 Rédacteur en chef : D<sup>e</sup> Elisabeth BOUVET  
 Rédaction : D<sup>rs</sup> 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, 59506 DOUAI CEDEX