

SITUATION EN FRANCE

LA GRIPPE

Le centre de référence France-nord a isolé 4 souches de virus grippal à Paris dans 4 arrondissements différents, mettant en évidence la circulation du virus. Les 3 premiers isolements sont du type A ($H_3 N_2$) conformes au virus vaccinal; la 4^e souche étant en cours d'identification.

LE POINT SUR...

LES BULLETINS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DÉPARTEMENTAUX

I. GIBERT*, B. HUBERT**

La diffusion d'informations épidémiologiques est un des aspects importants de la surveillance en santé publique. Le *B.E.H.* a cette mission au niveau national. Nous avions aussi connaissance de plusieurs bulletins épidémiologiques départementaux (*B.E.D.*) diffusant une information plus adaptée à la situation épidémiologique locale. Afin de mieux connaître le nombre et le contenu de ces bulletins départementaux, nous avons mené une enquête en septembre et octobre 1989 auprès des 100 D.D.A.S.S.

1. Ainsi, 23 D.D.A.S.S. édитent ou ont édité un bulletin épidémiologique

Leur répartition géographique peut évoquer un « phénomène de contagion » entre départements voisins (fig. 1).

La plupart des bulletins ont été créés après 1981, mais le plus ancien bulletin remonte à 1976 (fig. 2).

Le nombre de numéros publiés à ce jour s'échelonne entre moins de 6 numéros pour 8 D.D.A.S.S., 6 à 10 numéros pour 7 D.D.A.S.S. et plus de 10 numéros pour 8 D.D.A.S.S. (2 D.D.A.S.S. en sont à leur 27^e numéro).

La périodicité est habituellement régulière : trimestrielle dans la moitié des cas, plus rarement semestrielle et annuelle.

Figure 2. — Année de création des bulletins épidémiologiques départementaux

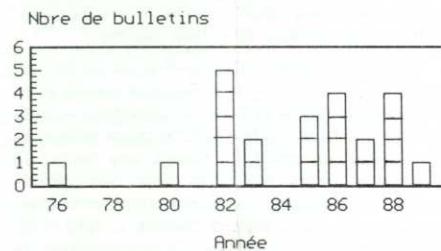
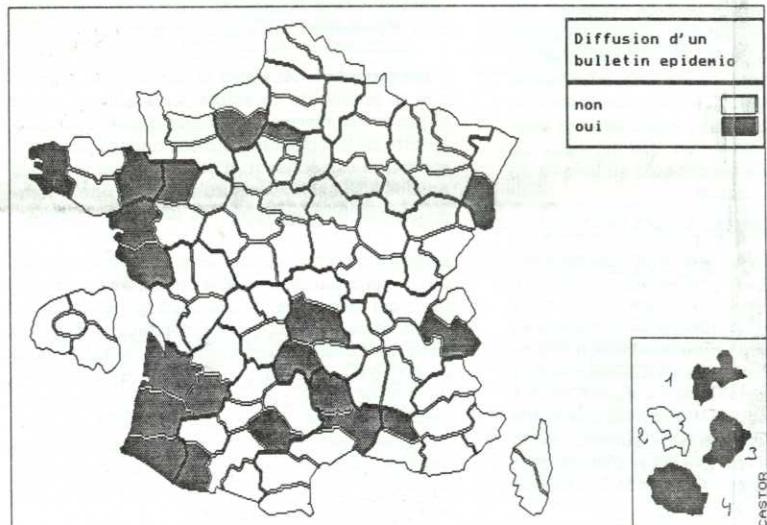


Figure 1. — Répartition des bulletins épidémiologiques départementaux (1989)



Guadeloupe	1
Martinique	2
Guyane	3
Réunion	4

Le tirage moyen à chaque numéro est de 1 000 exemplaires, variant de 30 à 4 000 selon les départements. Les *B.E.D.* atteignent ainsi près de 23 000 personnes.

Ces bulletins sont toujours adressés aux médecins généralistes du département, souvent aux praticiens hospitaliers (95 %) et aux spécialistes libéraux (78 %), plus rarement aux pharmaciens (39 %) et aux infirmiers libéraux (17 %). Par ailleurs, ils informer (65 %) un public très varié : élus locaux, autres administrations, ministères, organismes sociaux, écoles paramédicales, médecins du travail, médecins-conseils, laboratoires d'analyses médicales, institutions et associations sanitaires et de prévention, médias, dentistes, sages-femmes, kinésithérapeutes, vétérinaires...

Les informations diffusées portent sur des données départementales de statistiques médicales (82 %) [démographie générale, situation du SIDA, statistiques de suicides, diarrhées de l'été, tuberculose], des données du *B.E.H.* (toxi-infections alimentaires, situation nationale du SIDA) et des articles d'intérêt général (74 %) [intoxication au monoxyde de carbone, activités sportives des scoliotiques], des résultats d'enquêtes départementales (87 %) [médecins et leurs malades alcooliques, toxicomanies dans le département], les structures sanitaires du département (73 %) [centres de dépistage anonyme et gratuit, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie].

Moins souvent, ils informer sur l'état de l'environnement (48 %) [qualité des baignades, hygiène en boulangerie], sur des actions de prévention dans le département (56 %) [campagne de prévention des maladies sexuellement transmissibles, campagne d'éducation sanitaire sur le SIDA] ou sur les programmes de manifestations ayant rapport avec la santé (43 %) [revue de presse, médiathèque, émissions radiophoniques, expositions]. Ils sont ouverts à des rédacteurs extérieurs (47 %) mais fonctionnent rarement avec un « courrier des lecteurs » (13 %).

* Interne de santé publique, Bureau des maladies transmissibles, D.G.S.

** Bureau des maladies transmissibles, D.G.S.

La présentation des bulletins varie, allant de la simple feuille photocopiée au journal polychrome sur papier glacé. Son importance a été signalée pour l'impact médiatique.

Le nombre de pages par bulletin oscille entre 2 et 40 (ce dernier chiffre représente des rapports annuels). La moyenne se situe entre 4 et 8 pages.

L'origine du financement n'a pas fait l'objet d'une question directe, mais certains bulletins sont diffusés grâce à des financements privés ou des encarts publicitaires.

2. Les autres D.D.A.S.S. ne diffusent pas de bulletin

Le manque de temps est la principale raison invoquée dans 76 % des cas : absence (pour cinq départements) ou insuffisance d'effectif de médecins inspecteurs de la santé.

Les problèmes matériels sont moins fréquents (24 %), essentiellement logistiques (diffusion difficile, surtout pour ceux qui possèdent des fichiers de médecins encore manuels).

Le manque d'intérêt n'existe que dans 10 % des cas. Certains pensent que le nombre des déclarations dans le département est trop faible ou que le mouvement de la population est trop rapide.

L'existence concomitante d'autres systèmes d'informations épidémiologiques dans le département (*Bulletin du Centre communal d'hygiène et de santé*, par exemple) a aussi été avancé comme argument (9 %).

Mais 8 % de ces D.D.A.S.S. ne diffusent pas de bulletin reconnaissent son intérêt et envisagent sa création.

Une autre forme de communication a déjà été mise en place chez 41 % d'entre elles. Elles utilisent pour la moitié un système déjà existant, essentiellement le bulletin du Conseil de l'Ordre. Plus rarement elles adressent un courrier à la demande ou envoient des lettres-circulaires (mais généralement à caractère urgent, ce qui ne rentre pas dans le cadre d'une information épidémiologique régulière). Un serveur télématique épidémiologique a même été mis au point, mais il ne fonctionne malheureusement plus par disparition de l'entreprise de maintenance.

3. Commentaires

Malgré un rythme de travail parfois difficile à suivre (même si l'importance d'une périodicité trimestrielle pour assurer une bonne communication est reconnue) et des interruptions de publication liées aux départs de médecins inspecteurs, plus d'une D.D.A.S.S. sur cinq a assuré ou assure la diffusion d'un bulletin. D'autres l'envisagent prochainement.

La principale vocation des bulletins est de rassembler et de commenter les informations. Certains y voient une utilisation déterminante pour l'établissement d'une épidémiologie de « district », d'autres pour promouvoir et susciter des actions de santé. Souvent la motivation est étroitement liée au désir de valoriser l'image du médecin inspecteur par l'amélioration de la communication avec les cliniciens.

Des évaluations du bulletin par les lecteurs ont été réalisées dans cinq départements. D'autres sont en projet. Les praticiens apprécient les informations pour leur caractère local, la sensibilisation sur certains sujets d'actualité et le retour de l'information ; les bulletins sont lus. Une publication plus fréquente et une meilleure présentation (voire même accessible à leur clientèle) sont parfois demandées. Une D.D.A.S.S. envisage une diffusion au grand public.

D'une façon générale, l'incidence des maladies à déclaration obligatoire est souvent trop faible pour donner lieu à une analyse détaillée à un échelon départemental. Toutefois, la tuberculose et le SIDA sont suffisamment fréquents et préoccupants pour justifier une analyse et une diffusion départementale des données. Les investigations de toxi-infections alimentaires collectives peuvent également être publiées pour justifier un renforcement des actions de prévention. D'autres informations disponibles dans la D.D.A.S.S. sont aussi susceptibles d'intéresser les praticiens : couverture vaccinale, interruptions volontaires de grossesses, environnement...

Afin d'inciter le développement de ces bulletins, il nous paraît souhaitable que les D.D.A.S.S. qui en réalisent, les adressent aux autres D.D.A.S.S. et à la D.G.S.

En conclusion, nous espérons que ces exemples inciteront les D.D.A.S.S. à mettre en place un moyen régulier de diffusion d'informations aux praticiens de leur département. Un deuxième bilan est prévu dans un an.

Information administrative

LETTER MINISTÉRIELLE DU 9 OCTOBRE 1989

OBJET. — Modalités d'application de la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles en cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) aux temps et lieu de travail.

Compte tenu des modes de propagation du virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) les probabilités d'infection par ce virus en milieu normal de travail sont actuellement très réduites, sauf dans certains lieux (hôpitaux, cliniques, unités de soins, laboratoires, centres de transfusion sanguine, etc.) où des salariés, indépendamment de leur qualification professionnelle, peuvent être amenés, de façon habituelle ou exceptionnelle, à côtoyer un malade contaminé ou le virus lui-même.

Dans ces secteurs d'activités, la contamination d'un salarié par le V.I.H. n'est par ailleurs possible qu'à la condition, nécessaire mais non suffisante, que le virus soit inoculé au salarié par une piqûre accidentelle ou que ce dernier soit porteur d'une plaie et que le sang infecté du malade ou le virus lui-même entrent en contact avec cette plaie.

Ces cas demeurent très rares d'après les études menées jusqu'à présent et les signalements internationaux recensés et ils seraient beaucoup moins fréquents qu'en matière de transmission de l'hépatite B par contamination transcutanée. Mais, eu égard à la gravité de l'infection par le V.I.H., ils invitent nécessairement à se demander si la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles leur est applicable et, dans l'affirmative, à quel titre et selon quelles modalités.

1. L'application de la législation accidents du travail et maladies professionnelles : principe général

Dans son principe même, la législation relative aux accidents du travail et maladies professionnelles est destinée à réparer toute atteinte à l'in-

tégrité physique d'un travailleur lorsqu'elle se produit alors que celui-ci est sous la subordination d'un employeur et qu'elle résulte :

- soit d'un accident, c'est-à-dire, au vu de l'article L. 411.1 du Code de la Sécurité sociale et de la jurisprudence de la Cour de cassation, « toute action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant, au cours du travail, une lésion de l'organisme humain » ainsi que ses conséquences immédiates — et éventuellement futures, lorsque, comme le prévoit l'article L. 443.1 du Code de la Sécurité sociale, une modification de l'état de la victime survient après guérison apparente ou consolidation ;
- soit d'une maladie, lorsque celle-ci est contractée dans les conditions posées à l'article L. 461.2 du Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire, lorsqu'elle a pour cause une intoxication aiguë ou chronique, une infection microbienne ou des ambiances et attitudes particulières et lorsqu'elle est inscrite dans l'un des tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du Code de la Sécurité sociale.

On notera à cet égard que la distinction entre les notions d'accident et de maladie est actuellement bien fixée puisque la Cour de cassation, dans un arrêt d'assemblée plénière en date du 21 mars 1969, a exposé sa jurisprudence en la matière en considérant, d'une part « qu'une infection microbienne qui ne figure pas dans les tableaux relatifs aux maladies professionnelles ne donne droit à réparation au titre d'accident du travail que si elle a sa cause dans un traumatisme survenu par le fait ou à l'occasion du travail » d'autre part « qu'une simple contagion ne peut être assimilée à un traumatisme ».

Au vu de cette jurisprudence, l'infection par le V.I.H. doit donc, pour être reconnue et éventuellement indemnisée au titre du livre IV du Code de la Sécurité sociale, se produire aux temps et lieu de travail et, soit figurer dans un tableau de maladies professionnelles, soit résulter d'un fait accidentel.

Par ailleurs, il convient de préciser que la réparation offerte par la législation A.T./M.P. est une réparation forfaitaire qui n'indemnise que la perte de capacité de travail. Elle ne peut donc indemniser, sauf cas particulier (faute inexcusable de l'employeur et recours contre le tiers responsable de l'accident), d'autres préjudices tels que le *prétium doloris*, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément ou le préjudice moral.

Il est rappelé à cet égard et sur un plan général que la preuve du caractère professionnel d'une affection ne faisant pas l'objet d'une réparation au titre de la législation professionnelle peut permettre, le cas échéant, d'obtenir sur la base des articles 1382 et suivants du code civil une indemnisation intégrale devant les juridictions civiles.

La présente lettre ministérielle, indépendamment du rappel des indispensables mesures de prévention, qui relève de la Direction générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux et a été fait dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 40/1987 et par le circulaire D.G.S./D.H. n° 23 du 3 août 1989 publiée dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 34/1989, se propose de détailler le dispositif médico-légal permettant concrètement de faire application de la législation professionnelle aux cas d'infection par le V.I.H. en milieu de travail.

2. Infection par le V.I.H. et maladie professionnelle

L'application de la notion de maladie professionnelle semble, de prime abord, bien adaptée à l'infection par le V.I.H. car le fait, pour celui-ci de détruire le système immunitaire de l'individu et d'entraîner la survenue d'une série de maladies, s'inscrit bien dans le cadre d'une pathologie.

C'est pourquoi, certaines voix se sont élevées pour demander la création d'un tableau de maladie professionnelle relatif à l'infection par le V.I.H.

Or, les difficultés d'élaboration d'un tel tableau sont considérables; en effet, le mode de transmission du V.I.H. est spécifique et diffère de celui de la plupart des autres maladies infectieuses. Ces maladies peuvent être contractées au contact des produits pathologiques provenant des malades ou des objets contaminés par eux et en l'absence d'un fait accidentel. C'est pourquoi les indemniser a nécessité impérativement la création de tableaux particuliers et notamment des tableaux n° 45 et n° 76.

En revanche, il n'est pas prouvé actuellement que le V.I.H. se transmette en milieu de travail par simple contagion et sans qu'il y ait « accident ». Il paraît donc prématuré d'instituer, au moyen d'un tableau, une présomption de corrélation entre certains travaux et la survenance d'une séroconversion.

3. Infection par le V.I.H. et accident de travail

Compte tenu des études publiées (notamment, celle de l'I.N.R.S. dans « Documents pour le médecin du travail », n° 31, 3^e trimestre 1987) sur les modes de contraction du V.I.H. en milieu du travail, et particulièrement dans les établissements de soins, l'infection par le V.I.H. peut être considérée comme la conséquence d'un fait accidentel, sous les réserves suivantes qui justifie la particularité de la situation :

— qu'un fait localisable avec précision dans le temps entraîne une lésion susceptible elle-même de provoquer la contamination (exemple de l'infirmière qui se pique, par inadvertance ou maladresse, avec une aiguille ou du chirurgien qui, lors d'une opération, est soumis à une projection inopinée de sang ou de liquide biologique contaminé sur une muqueuse ou une lésion ouverte — cf. en ce sens, Cour de cassation, chambre sociale, 4 juillet 1952, reconnaissant qu'un typhus a été contracté à l'occasion d'une piqûre de pou et 3 juin 1955 reconnaissant l'imputabilité d'un décès par grippe pulmonaire à un paludisme, lui-même contracté par piqûre de moustique);

— que ce fait accidentel soit perçu sur le moment comme potentiellement dangereux au regard de la contaminatio par le V.I.H. et qu'il soit déclaré (1) dans les 48 heures à l'organisme de Sécurité sociale avec un certificat médical initial décrivant « l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles » conformément à l'article L. 441-6 du Code

de la Sécurité sociale. Ce certificat peut être établi par tout praticien et donc éventuellement par un médecin du travail; il doit indiquer clairement le risque éventuel de séroconversion induit par l'accident;

— qu'un premier test de séropositivité soit pratiqué, sur prescription médicale et avec le consentement de la victime, dans un délai de 8 jours maximum après l'accident. Ce test peut être effectué gratuitement avec la feuille de soins délivrée lors de l'accident et donc pris en charge au titre de l'assurance accidents du travail; il doit respecter les règles de confidentialité édictées par les pouvoirs publics mais son résultat, quel qu'il soit, doit être communiqué par écrit à la victime et par celle-ci au contrôle médical de la caisse, sous pli confidentiel;

— que ce test soit répété tous les trois mois également sur prescription médicale dans le délai habituel de séroconversion, c'est-à-dire dans l'année qui suit l'accident. Ces tests, tout comme le premier, sont laissés à l'initiative de la victime et de son médecin traitant et pourront être effectués dans les mêmes conditions que le premier au moyen de la feuille de soins conservée par l'accident;

— que la séropositivité révélée éventuellement par un de ces tests soit déclarée immédiatement à l'organisme de Sécurité sociale, accompagnée d'un certificat médical;

— qu'elle soit corrélée à l'accident déclaré à l'origine. Cette corrélation est à la charge du salarié car les lésions consécutives à un accident ne sont, en l'état actuel de la jurisprudence, présumées liées à cet accident que dans « un temps voisin » (Cass. sociale, 9 décembre 1954 et 25 janvier 1962).

Elle peut cependant être considérée comme hautement probable lorsque, en dehors même d'autres investigations souhaitées par le médecin-conseil, le test pratiqué au moment de l'accident s'est révélé négatif et que, dans le délai de séroconversion, un des quatre autres est positif.

En revanche, dans toute autre hypothèse et particulièrement au cas où l'un des tests n'aurait pas été effectué ou l'aurait été hors délai, il semble que la relation de causalité entre l'accident initial et la séroconversion soit extrêmement difficile à établir et doive être soumise, dans les conditions définies aux articles L. 141-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, à un expert dont les compétences en matière de diagnostic et de traitement de la maladie SIDA soient reconnues.

Ce dispositif juridique qui a déjà été évoqué par mon prédécesseur dans une réponse à un parlementaire (J.O., questions Assemblée nationale du 22-2-1988) a par ailleurs été soumis aux partenaires sociaux et approuvé par eux dans le cadre d'un groupe de travail créé à l'initiative du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels. Il devrait permettre de résoudre les très rares cas d'infection par le V.I.H. en milieu de travail.

4. La réparation de l'infection par le V.I.H.

Ce point ne peut être envisagé sans que soit opérée une distinction entre les individus porteurs asymptomatiques du virus et ceux atteints d'une des maladies opportunistes contractées à un stade ultérieur et classées dans le groupe III et IV du tableau clinique de la maladie élaboré par le C.D.C. d'Atlanta (Center for disease control). En effet, dans le premier cas, les répercussions sur le travail et la capacité de travail sont quasi nulles (ce qui justifie entre autres la présomption d'aptitude de ces personnes à un très grand nombre de postes de travail) alors que dans le second, elles sont considérables et entraînent des arrêts de travail et des périodes d'hospitalisation.

4.1. La séropositivité.

De la même façon que d'autres manifestations biologiques rencontrées dans la législation accident du travail/maladie professionnelle (syndrome biologique d'exposition au plomb et présence isolée d'antigènes H.b.S., par exemple), la séropositivité sans signes cliniques ne saurait constituer à elle seule un facteur d'incapacité permanente partielle (I.P.P.). Elle n'est donc pas réparable sous forme d'une indemnité en capital ou d'une rente : mais, en revanche, elle nécessite des examens cliniques répétés, une surveillance de l'immunité cellulaire et une surveillance biologique, voire un suivi psychologique, qui peuvent être pris en charge au titre de l'assurance accident du travail, dès lors qu'il y a reconnaissance à ce titre.

4.2. Le SIDA avéré.

Sous ce vocable, sont désignées l'ensemble des maladies figurant aux groupes III et IV de la classification du C.D.C. et qui, outre la pneumonie lymphocytaire interstitielle et le purpura thrombopénique ajoutés par le Haut comité médical de la Sécurité sociale dans sa recommandation du 24 juillet 1987, sont les seules directement imputables au syndrome immuno-déficitaire acquis.

Ce sont donc ces maladies qu'il convient de prendre en charge au titre de l'assurance accident du travail en cas d'infection par le V.I.H. d'origine professionnelle; eu égard à leur gravité, leur indemnisation pourra donner lieu à l'attribution d'une rente. Toutefois, compte tenu de l'évolution parfois rapide de ces pathologies mais aussi des périodes de rémission qu'elles autorisent, le malade devra faire l'objet d'un suivi particulier et continu de la part du contrôle médical.

Le directeur de la Sécurité sociale :

Michel LAGRAVE

(1) Rien n'interdit que ce fait accidentel soit inscrit sur le registre de déclaration des accidents bénins mentionné à l'article L. 441-4; toutefois, seule la déclaration faite en application de l'article L. 441-2 permet d'assurer à la victime le remboursement, au titre de l'assurance accidents du travail, des examens de dépistage requis.

RÉSISTANCE DU GONOCOQUE À LA TÉTRACYCLINE

(A. MILOVANOVIC*, P. SEDNAOUI*, V. GOULET**, F. CATALAN*)

Le Réseau national de surveillance pour le gonocoque (RENAGO) et le Centre national de référence pour les maladies sexuellement transmissibles informe qu'en août 1989 (Institut Alfred Fournier) a été isolée la première souche de gonocoques montrant une résistance de haut niveau à la tétracycline (concentration minimale inhibitrice $\geq 32 \text{ mg/l}$) puis deux autres souches en septembre par des laboratoires participant au

réseau (laboratoire ISAAC, Strasbourg et laboratoire de la Fédération mutualiste, Paris). Leur étude effectuée au centre de référence a montré que ces trois souches sont porteuses du plasmide tet M (25,2 Mdal) qui est lié à cette résistance de haut niveau. Pour l'un de ces cas, son caractère autochtone est attesté par une contamination contractée à Paris, pour un autre relevé en Alsace, il est importé du Congo, alors qu'aucun rensei-

gnement n'a pu être obtenu pour le troisième. Ces résultats confirmont les connaissances établies sur ce sujet aux États-Unis et en Grande-Bretagne récemment et font craindre une augmentation du nombre de cas en France.

* Institut Alfred Fournier, Paris.

** Laboratoire national de la Santé.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Semaine du 6 au 12 novembre 1989

Données provisoires non validées

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1987	Typhoides et paratyphoides	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1987	Typhoides et paratyphoides	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	944 000	1						1	LIMOUSIN	19 - Corrèze	239 000							1
	68 - Rhin (Haut-)	665 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /					23 - Creuse	135 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /			
	Total	1 609 000	1						1		87 - Vienne (Haute-)	360 000							1
AQUITAINE	24 - Dordogne	379 000							1		Total	734 000							2
	33 - Gironde	1 165 000	16						9	LORRAINE	54 - Meurt.-et-Mos.	708 000							
	40 - Landes	310 000									55 - Meuse	197 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /			
	47 - Lot-et-Garonne	305 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /					57 - Moselle	1 033 000							3
	64 - Pyrénées-Atlan.	571 000							2		88 - Vosges	389 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /			
	Total	2 730 000	16						2 10		Total	2 327 000							3
AUVERGNE	03 - Allier	364 000								MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /			
	15 - Cantal	159 000							2		12 - Aveyron	276 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /			
	43 - Loire (Haute-)	209 000	1								31 - Garonne (Hte-)	863 000							2 1
	63 - Puy-de-Dôme	596 000									32 - Gers	175 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /			
BOURGOGNE	Total	1 328 000	1						2		46 - Lot	155 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /			
	21 - Côte-d'Or	486 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /					65 - Pyrénées (Htes-)	233 000							1
	58 - Nièvre	235 000									81 - Tarn	342 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /			
	71 - Saône-et-Loire	571 000	1						1		82 - Tarn-et-Gar.	195 000							
	89 - Yonne	320 000							2		Total	2 375 000							2 2
BRETAGNE	Total	1 612 000	1						3	NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 506 000		1					19
	22 - Côtes-du-Nord	542 000									62 - Pas-de-Calais	1 425 000							
	29 - Finistère	835 000									Total	3 931 000		1					19
	35 - Ille-et-Vilaine	781 000								NORMANDIE (BASSE-)	14 - Calvados	610 000							
	56 - Morbihan	611 000							5		50 - Manche	478 000							1
CENTRE	Total	2 769 000							1		61 - Orne	295 000							
	18 - Cher	323 000									Total	1 383 000							1
	28 - Eure-et-Loir	380 000								NORMANDIE (HAUTE-)	27 - Eure	493 000							
	36 - Indre	238 000									76 - Seine-Maritime	1 211 000							1 1
	37 - Indre-et-Loire	526 000									Total	1 704 000							1 1
CHAMPAGNE-ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	301 000		2					1	PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	1 036 000	1	2					1
	45 - Loiret	573 000							1		49 - Maine-et-Loire	711 000							
	Total	2 341 000		2					2		53 - Mayenne	281 000							1 1
	08 - Ardennes	297 000							1		72 - Sarthe	516 000		1					
	10 - Aube	295 000	1								85 - Vendée	509 000							1
CORSE	51 - Marne	559 000		1					1		Total	3 053 000	1	3					3 1
	52 - Marne (Haute-)	207 000							1	PICARDIE	02 - Aisne	532 000							
	Total	1 359 000	1	1					3		60 - Oise	699 000	1						
FRANCHE-COMTÉ	2 A - Corse-du-Sud	112 000	1						10		80 - Somme	549 000	/ / / / /	Non communiqué	/ / / / /				
	2 B - Corse (Haute-)	135 000							1		Total	1 780 000	1	1					1
	Total	247 000	1						11	POITOU - CHARENTES	16 - Charente	343 000							
	25 - Doubs	479 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /					17 - Charente-Mar.	523 000		3					3
ÎLE-DE-FRANCE	39 - Jura	245 000							1		79 - Sèvres (Deux-)	346 000							
	70 - Saône (Haute-)	234 000									86 - Vienne	381 000							
	90 - Terr. de Belfort	130 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /					Total	1 593 000		3					4
	Total	1 088 000							1	PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	127 000							
	75 - Paris (Ville)	2 069 000	1	43					26		05 - Alpes (Hautes-)	109 000							
LANGUEDOC - ROUSSILLON	77 - Seine-et-Marne	985 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /					06 - Alpes-Marit.	910 000							
	78 - Yvelines	1 270 000									13 - B.-du-Rhône	1 758 000		5					
	91 - Essonne	1 048 000									83 - Var	760 000		1					1
	92 - Hauts-de-Seine	1 370 000	1						6		84 - Vaucluse	465 000							5
	93 - Seine-St-Denis	1 346 000	2	9		1	32				Total	4 129 000		6					6
	94 - Val-de-Marne	1 199 000	2						3	RHÔNE - ALPES	01 - Ain	457 000							
	95 - Val-d'Oise	993 000	5						5		07 - Ardèche	275 000	/ / / / /	Non communiqué	/ / / / /				
	Total	10 281 000	3	60			1	76	1		26 - Drôme	415 000							
FRANCE OUTRE-MER	11 - Aude	290 000							1		38 - Isère	988 000		3					1
	30 - Gard	570 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /					42 - Loire	739 000	/ / / / /	Non communiqué	/ / / / /				
	34 - Hérault	776 000							1		69 - Rhône	1 443 000	/ / / / /	Non communiqué	/ / / / /				2
	48 - Lozère	72 000	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /					73 - Savoie	335 000							
	66 - Pyrénées-Orient.	360 000	2								74 - Savoie (Haute-)	540 000		1					1
FRANCE OUTRE-MER	Total	2 067 000	2						2	TOTAL DE LA SEMAINE	Total	5 192 000		4					4
	971 - Guadeloupe	328 400	2	4					11		7	99	4	1	152	18			
	972 - Martinique	329 600	/ / / / /		Non communiqué	/ / / / /				FRANCE MÉTROPOLITAINE	45 premières semaines de 1989	388	3 219	464	130	52	7 710	258	
	973 - Guyane	73 000							1		45 premières semaines de 1988	391	2 296	406	185	63	7 832	131	
	974 - Réunion	516 000																	

Directeur de la publication : M. Maurice ROBERT
Rédacteur en chef : D' Elisabeth BOUVET

Rédaction : D⁵ Jean-Baptiste BRUNET, Loetitia FROMENT, Bruno HUBERT, Anne LAPORTE, Colette ROURE

Administration : M. André CHAUVIN - Secrétaire : 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