



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Solidarité, de la Santé

et de la Protection sociale

Direction générale de la Santé

La surveillance de la tuberculose : p. 9.
La tuberculose en France entre 1970 et 1989 : p. 10.
Arrêté relatif à l'informatisation des déclarations obligatoires de tuberculose : p. 11.

N° 3/1990

22 janvier 1990

ÉDITORIAL

LA SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE

Depuis 1964, la tuberculose figure parmi les maladies à déclaration obligatoire dont l'objectif était la réalisation d'une enquête « médico-sociale » autour du malade. Réuni en 1982 par le directeur général de la Santé, un groupe d'experts a clairement établi que cette démarche n'était plus adaptée à la situation actuelle. L'accent est mis désormais sur la responsabilisation du médecin traitant lors de la prise en charge du malade et du dépistage dans son entourage, avec la possibilité, s'il le désire, de faire appel à un service de lutte contre la tuberculose. Cette nouvelle approche a été exposée dans une plaquette intitulée « Le praticien et la tuberculose », diffusée en 1987 (B.E.H. n°s 14 et 15/1987).

La **déclaration obligatoire** a donc été réorientée vers un **objectif de surveillance épidémiologique** en soulignant la nécessité de deux niveaux d'analyse des données : l'un national, l'autre départemental.

● **Au niveau national**, des informations précises et fiables sont indispensables pour connaître l'évolution des groupes à risque, pour évaluer l'impact des infections à V.I.H. sur l'incidence de la tuberculose et pour fournir des éléments permettant d'orienter la politique vaccinale par le B.C.G.

● **Au niveau départemental**, depuis les lois de décentralisation, les actions de lutte contre la tuberculose relèvent des conseils généraux alors que les actions de surveillance, notamment les maladies à déclaration obligatoire, restent sous la responsabilité de l'État. Il est donc important que les D.D.A.S.S. fournissent aux structures départementales une bonne information épidémiologique afin d'adapter les activités de prévention. De plus, un retour de l'information aux praticiens d'un département est indispensable pour améliorer la qualité de la déclaration. La réalisation de bulletins épidémiologiques départementaux est de plus en plus répandue et constitue pour ce type d'information, un excellent moyen de communication (B.E.H. 47/1989).

Jusqu'à présent, peu de départements effectuaient une analyse de leurs données de déclaration et l'étude au plan national était difficile à réaliser en raison de la multiplicité des questionnaires utilisés et de l'inégalité du retour de ces questionnaires à la Direction générale de la Santé. Afin de faciliter l'analyse des déclarations par les médecins-inspecteurs de la santé qui ont déjà une charge de travail très importante, il a donc été décidé de mettre à leur disposition un logiciel permettant :

— d'effectuer, à l'échelon départemental, une saisie informatique des informations recueillies par la déclaration des cas de tuberculose, afin d'identifier et d'éliminer les doubles déclarations ;

A retourner à la DDASS de

TUBERCULOSE

- Maladie à déclaration obligatoire (décret du 10-06-86)
- Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)

Direction Générale de la Santé

CRITERES DE DECLARATION :

Tuberculose-maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement anti-tuberculeux (au moins 3 anti-tuberculeux).

La primo-infection sans localisation patente (simple virage des tests tuberculiniques) ne doit pas être déclarée.

* CARACTERISTIQUES DU MALADE :

- Initiale du nom : _____ - Prénom : _____
- Sexe : M F
- Date de naissance : /_/_/ ou Age : _____
j m a
- Code postal du domicile du patient : _____
- Nationalité : _____
- Date de la mise en route du traitement : /_/_/ ou _____
j m a

* ANTECEDENTS VACCINAUX : Vaccination par BCG : OUI NON INCONNU

Date de cette vaccination : /_/_/ ou _____
j m a

* BACTERIOLOGIE :

- Présence de bacilles acido-alcoolo-résistants à l'examen microscopique direct :
- dans l'expectoration ou le liquide de tubage : OUI NON INCONNU
- dans d'autres prélèvements (préciser) : _____

* LOCALISATION(S) : Pulmonaire Méningée

Autres (préciser) : _____

* FACTEURS FAVORISANTS :

- Antécédent de tuberculose traitée : OUI NON INCONNU
- Recherche d'anticorps anti-VIH : Positive Négative Non faite

* DEPISTAGE DANS L'ENTOURAGE :

Souhaitez-vous l'intervention du Service départemental de lutte contre la tuberculose ? OUI NON
(dans ce cas vous pouvez contacter ce service au numéro suivant : _____)

MEDICIN DECLARANT

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Date de la déclaration : /_/_/ ou _____
j m a

Signature :

— d'analyser de façon standardisée les données recueillies en vue d'informer les praticiens et le service de lutte anti-tuberculeuse (L.A.T.) sur la situation épidémiologique départementale de la tuberculose;

— d'adresser sur support magnétique les déclarations à la Direction générale de la Santé pour une synthèse nationale.

Après avis favorable de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés dans sa délibération n° 89-90 du 11 juillet 1989, l'arrêté du 18 décembre 1989 a institué la création, dans chaque D.D.A.S.S., d'un traitement automatisé des déclarations obligatoires de tuberculose avec un objectif de surveillance épidémiologique. La circulaire DGS/PGE/1C n° 21 du 8 janvier 1990 précise les modalités d'application de cet arrêté. Un logiciel nommé « BK », mis au point à la Direction générale de la Santé, ainsi que la documentation détaillant son utilisation ont été adressés aux médecins-inspecteurs de la santé.

D'autre part, un nouveau questionnaire de déclaration fait mention des dispositions de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 concernant le droit d'accès des personnes aux informations les concernant. Ce questionnaire reproduit ci-contre

doit être maintenant le seul modèle utilisé en France pour la déclaration. Il sera diffusé par les D.D.A.S.S. aux praticiens susceptibles d'avoir connaissance de cas de tuberculose : médecins généralistes, pneumologues, pédiatres, praticiens hospitaliers, médecins-conseils des caisses d'assurance maladie, services départementaux de lutte anti-tuberculeuse. Dans la lettre de diffusion, les aspects suivants seront soulignés.

- Le critère de déclaration est le suivant : « tuberculose-maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement anti-tuberculeux (au moins 3 anti-tuberculeux). La primo-infection sans localisation patente (simple virage des tests tuberculiques) ne doit pas être déclarée. »

- L'objectif de la déclaration de la tuberculose est orienté vers la surveillance épidémiologique. La demande d'intervention du service de LAT est indépendante de cette déclaration et doit être faite directement au service concerné dont les coordonnées sont portées sur le formulaire de déclaration.

- L'apparition d'une tuberculose chez une personne ayant une sérologie positive à V.I.H. doit faire l'objet d'une déclaration séparée, d'une part

de tuberculose et, d'autre part, de SIDA avéré lorsqu'il s'agit d'une forme miliaire ou extrapulmonaire.

- Le droit d'accès aux informations concernant tout citoyen, conformément aux articles 34 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, peut s'effectuer auprès du médecin-inspecteur de la santé de la D.D.A.S.S. Le questionnaire contenant des informations d'ordre médical, le droit d'accès devra se faire obligatoirement par l'intermédiaire d'un médecin.

L'identification du sujet et de la fiche d'enquête se fera, grâce à la date de naissance, aux initiales du nom et du prénom et au département de domicile.

- Enfin, il est important de rappeler que la qualité de la surveillance dépend de la qualité de la déclaration : cette déclaration doit donc être exhaustive et les informations transmises les plus complètes possibles.

Dans ce numéro du B.E.H., nous vous présentons une analyse de l'évolution de la tuberculose entre 1970 et 1989. Dans un B.E.H. ultérieur, seront détaillées les informations obtenues par les déclarations reçues à la D.G.S. en 1988.

SITUATION EN FRANCE

LA TUBERCULOSE EN FRANCE DE 1970 À 1989

B. QUENUM*, B. HUBERT**, J. GROSSET***

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1964. Aucune exploitation de ces informations n'a été réalisée depuis plusieurs années et la situation épidémiologique de la tuberculose en France est actuellement mal connue. Ce travail se propose d'analyser les tendances de l'endémie tuberculeuse depuis 1970, à partir des données de mortalité et de morbidité disponibles.

Matériel et méthodes.

- Les données de morbidité sont fournies par les déclarations obligatoires (D.O.). Les chiffres pris en compte sont les nombres annuels de cas signalés par les D.D.A.S.S. à la D.G.S. (reproduits en 4^e page du B.E.H.). Il s'agit de données brutes, non validées, dont la qualité et la sous-déclaration sont probablement variables selon les départements. Toutefois, comme dans de nombreux pays, ces données sont considérées comme un bon indicateur de tendance.

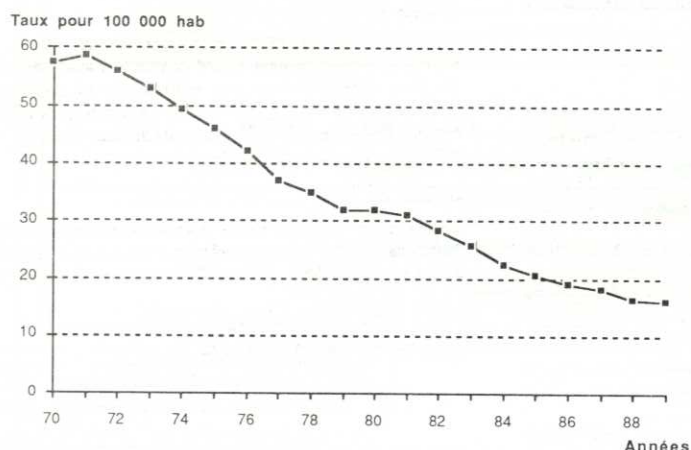
- Les données de mortalité proviennent des certificats de décès analysés par l'I.N.S.E.R.M. (Service commun n° 8). Les décès par séquelles de tuberculose n'ont pas été pris en compte.

Résultats.

1. Morbidité.

Le nombre de déclarations de tuberculose est passé de 31 248 cas en 1970 à 8 953 en 1989, ce qui correspond à une diminution annuelle moyenne de

Figure 1. — Incidence annuelle des tuberculoses déclarées de 1970 à 1988

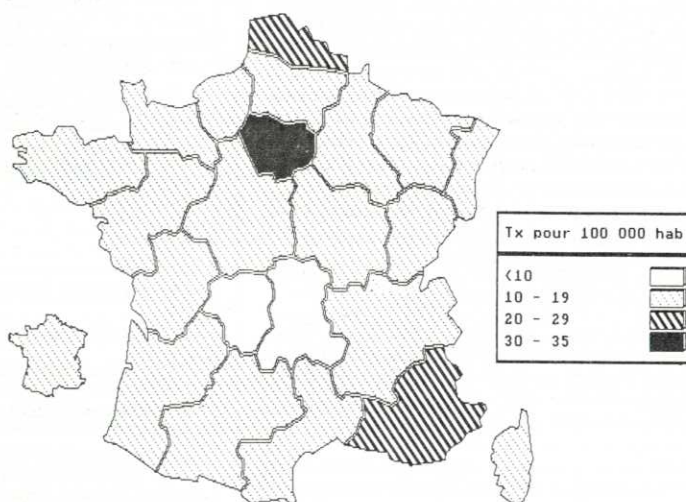


l'incidence de l'ordre de 4 % (fig. 1). L'incidence des déclarations en 1989 est de 16/100 000 habitants.

Il existe d'importantes variations régionales du taux d'incidence des tuberculoses déclarées (fig. 2). Trois régions se singularisent par un taux nettement supérieur à la moyenne nationale, qui était de 17 en 1987-1988 : l'Ile-de-France (33), le Nord - Pas-de-Calais (23) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (20).

La réduction de l'incidence n'est pas non plus homogène entre les régions : le Nord - Pas-de-Calais connaît une diminution régulière de l'ordre de 6 % par an. En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'incidence est stable autour de 19/100 000 depuis 1984. En Ile-de-France, après une réduction régulière jusqu'en 1988, l'incidence des cas déclarés est brutalement remontée en 1989 à un taux supérieur à celui de 1986.

Figure 2. — Répartition par région du taux moyen d'incidence des déclarations de tuberculose (1987-1988)



* Interne de Santé Publique, Bureau des Maladies transmissibles, D.G.S.
 ** Bureau des Maladies transmissibles, Direction générale de la Santé.
 *** Centre national de Référence de la surveillance de la tuberculose.

2. Mortalité.

Le nombre de décès par tuberculose a également diminué de 4 044 décès en 1970 à 1 024 décès en 1988, soit une diminution annuelle moyenne de 4 % au cours des deux décennies (fig. 3).

Un taux de létalité a été calculé en rapportant le nombre de décès annuel au nombre de cas déclarés. Ce taux, probablement surestimé, est resté stable depuis 20 ans, autour de 10 % (fig. 4).

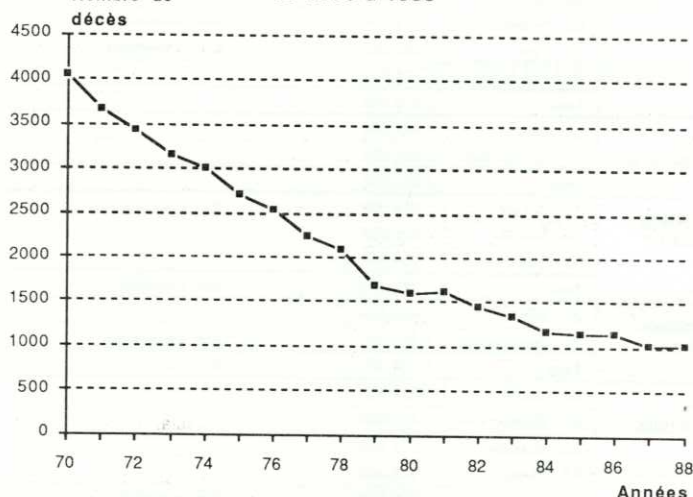
L'analyse de la répartition des décès par tranche d'âge en 1987 montre que la plupart des décès surviennent chez des personnes âgées : 78 % des personnes décédées ont plus de 65 ans (fig. 5). Les décès sont plus fréquents chez les hommes.

Commentaires.

La tendance générale à la baisse de la tuberculose observée au niveau national s'est encore poursuivie en 1989. Cependant les disparités régionales sont importantes et l'augmentation des cas de tuberculose déclarés dans l'Ile-de-France est à analyser de façon plus détaillée.

Cette observation est à rapprocher de l'augmentation constatée aux États-Unis en 1986 qui avait été précédée de quelques années par une augmentation à New York, touchant principalement les hommes jeunes de 25 à

Figure 3. — Nombre de décès par tuberculose de 1970 à 1988



44 ans. L'épidémie de SIDA a été considérée comme le principal facteur de cette augmentation (B.E.H. 6/1988).

La mortalité par tuberculose reste importante. La majorité des décès ont lieu chez des personnes âgées et dans les premières semaines de traitement, comme dans tous les pays européens. Des efforts sont nécessaires pour favoriser un diagnostic plus précoce chez les personnes âgées pour lesquelles les symptômes sont peut-être moins évocateurs et la santé moins bien surveillée que chez les personnes plus jeunes.

Figure 4. — Taux de mortalité par tuberculose pour 100 000 habitants et taux de létalité de 1970 à 1988

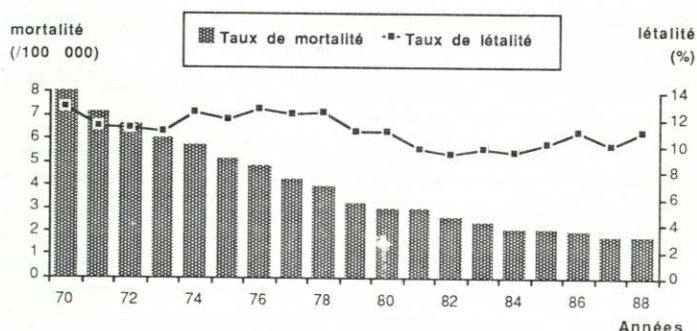
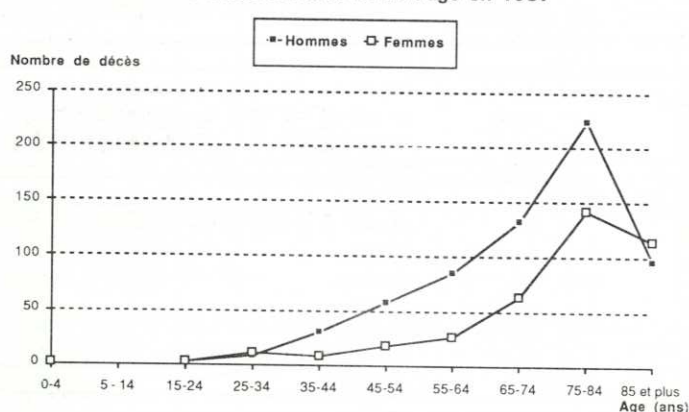


Figure 5. — Nombre de décès par tuberculose en fonction du sexe et de l'âge en 1987



Information administrative

ARRÊTÉ DU 18 DÉCEMBRE 1989 relatif à l'informatisation des déclarations obligatoires de tuberculose (J.O. du 18/1/1990)

Le ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale,

Vu le Code de la Santé publique notamment l'article L. 11 relatif aux maladies à déclaration obligatoire ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu le décret n° 78-774 du 17 juillet 1978, modifié par les décrets n° 78-1823 du 28 décembre 1978 et n° 79-421 du 30 mai 1979 pris en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 ;

Vu le décret du 21 décembre 1936 relatif aux conditions de déclaration de certaines maladies contagieuses ;

Vu le décret n° 86-770 du 10 juin 1986 relatif à la liste des maladies à déclaration obligatoire ;

Vu la délibération n° 89-80 de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés en date du 11 juillet 1989.

Arrête :

Article premier.

Il est créé, dans chaque Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales et à la Direction générale de la Santé (D.G.S.), Bureau des Maladies transmissibles, un traitement automatisé des déclarations obligatoires de tuberculose avec un objectif de surveillance épidémiologique.

Article 2.

Les informations contenues dans le formulaire de déclaration obligatoire de tuberculose, qui font l'objet d'un traitement automatisé, sont les suivantes :

- initiales du nom et du prénom, âge, sexe, code postal du lieu de résidence, nationalité ;
- localisation clinique de la maladie, mois et année de la mise en route du traitement ;
- facteurs favorisant l'apparition de tuberculose : antécédent de tuberculose ; recherche d'anticorps anti-V.I.H. ;
- mode d'exercice du médecin déclarant.

Article 3.

Les informations individuelles portées sur le formulaire de déclaration obligatoire par le médecin déclarant sont transmises, sous pli confidentiel, au médecin inspecteur de la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.).

Article 4.

Après traitement automatisé, les informations mentionnées à l'article 2 du présent arrêté sont transmises :

- annuellement, sous la forme de statistiques synthétiques, rigoureusement anonymes, aux destinataires suivants :
 - les services départementaux de lutte contre la tuberculose,

- les médecins déclarants ;
- trimestriellement, sous forme d'un fichier individuel anonyme au médecin de la D.G.S. responsable de la surveillance épidémiologique de la tuberculose. Des statistiques synthétiques nationales sont transmises aux destinataires suivants :
 - le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*,
 - le ministre chargé de la Santé,
 - le Centre national de Référence pour la surveillance de la tuberculose.

Article 5.

Conformément aux dispositions des articles 34 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée, l'exercice du droit d'accès s'effectue auprès du médecin inspecteur de la santé de la D.D.A.S.S. du département de domicile de maladie par l'intermédiaire du médecin déclarant.

Article 6.

Le Directeur général de la Santé est chargé de l'application du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 18 décembre 1989.

Par le ministre de la Solidarité,
de la Santé et de la Protection sociale,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la Santé,
Professeur Jean-François Girard

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Semaine du 1 au 7 janvier 1990

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								LIMOUSIN	19 - Corrèze	239 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	68 - Rhin (Haut-)	665 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		23 - Creuse	135 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	Total	1 609 000									87 - Vienne (Haute-)	360 000							
AQUITAINE	24 - Dordogne	379 000								LORRAINE	Total	734 000							
	33 - Gironde	1 165 000									54 - Meurt.-et-Mos.	708 000		2					
	40 - Landes	310 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		55 - Meuse	197 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	47 - Lot-et-Garonne	305 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		57 - Moselle	1 033 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	64 - Pyrénées-Atlant.	571 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		88 - Vosges	389 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
AUVERGNE	Total	2 730 000								MIDI - PYRÉNÉES	Total	2 327 000		2					
	03 - Allier	364 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		09 - Ariège	136 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	15 - Cantal	159 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		12 - Aveyron	276 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	43 - Loire (Haute-)	209 000						1			31 - Garonne (Hte-)	863 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	63 - Puy-de-Dôme	596 000						11			32 - Gers	175 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
BOURGOGNE	Total	1 328 000						12		NORD - PAS-DE-CALAIS	46 - Lot	155 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	21 - Côte-d'Or	486 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		65 - Pyrénées (Htes-)	233 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	58 - Nièvre	235 000									81 - Tarn	342 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	71 - Saône-et-Loire	571 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		82 - Tarn-et-Gar.	195 000							
	89 - Yonne	320 000									Total	2 375 000							
BRETAGNE	Total	1 612 000								NORMANDIE (BASSE-)	59 - Nord	2 506 000		2					
	22 - Côtes-du-Nord	542 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		62 - Pas-de-Calais	1 425 000						8	
	29 - Finistère	835 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		Total	3 931 000		2				8	
	35 - Ille-et-Vilaine	781 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		14 - Calvados	610 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	56 - Morbihan	611 000		1				1			50 - Manche	478 000							
CENTRE	Total	2 769 000		1				1		NORMANDIE (HAUTE-)	61 - Orne	295 000							
	18 - Cher	323 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		Total	1 383 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	28 - Eure-et-Loir	380 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		27 - Eure	493 000							
	36 - Indre	238 000									76 - Seine-Maritime	1 211 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	37 - Indre-et-Loire	526 000						5			Total	1 704 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
CHAMPAGNE-ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	301 000						3		PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	1 036 000						1	
	45 - Loiret	573 000		1				2			49 - Maine-et-Loire	711 000							
	Total	2 341 000		1				10			53 - Mayenne	281 000							
	08 - Ardennes	297 000									72 - Sarthe	516 000						1	
	10 - Aube	295 000									85 - Vendée	509 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
CORSE	51 - Marne	559 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///	PICARDIE	Total	3 053 000		4				13	
	52 - Marne (Haute-)	207 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		02 - Aisne	532 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	Total	1 359 000									60 - Oise	699 000		4				13	
	2 A - Corse-du-Sud	112 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		80 - Somme	549 000		1	1				
	2 B - Corse (Haute-)	135 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		Total	1 780 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
FRANCHE-COMTÉ	Total	247 000								POITOU - CHARENTES	16 - Charente	343 000			1				
	25 - Doubs	479 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		17 - Charente-Mar.	523 000		1					
	39 - Jura	245 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		79 - Sèvres (Deux-)	346 000		2	2				
	70 - Saône (Haute-)	234 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		86 - Vienne	381 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	90 - Terr. de Belfort	130 000			1						Total	1 593 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 088 000			1					PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	127 000		10				7	
	75 - Paris (Ville)	2 069 000		9				9			05 - Alpes (Hautes-)	109 000		4					
	77 - Seine-et-Marne	985 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		06 - Alpes-Marit.	910 000		6				1	
	78 - Yvelines	1 270 000		1				5			13 - B.-du-Rhône	1 758 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	91 - Essonne	1 048 000		5				1			83 - Var	760 000		20				8	
LANGUEDOC - ROUSSILLON	92 - Hauts-de-Seine	1 370 000	1	2	2			10		RHÔNE - ALPES	84 - Vaucluse	465 000							
	93 - Seine-St-Denis	1 346 000						7			Total	4 129 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	94 - Val-de-Marne	1 199 000						11			01 - Ain	457 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	95 - Val-d'Oise	993 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		07 - Ardèche	275 000						7	
	Total	10 281 000	1	41	2			43			26 - Drôme	415 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
FRANCE OUTRE-MER	11 - Aude	290 000		1						TOTAL DE LA SEMAINE	38 - Isère	988 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	30 - Gard	570 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		42 - Loire	739 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	34 - Hérault	776 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		69 - Rhône	1 443 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///
	48 - Lozère	72 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///		73 - Savoie	335 000						7	
	66 - Pyrénées-Orient.	360 000		1							74 - Savoie (Haute-)	540 000	1	75	5			103	
	Total	2 067 000		2						FRANCE MÉTROPOLITAINE	Total	5 192 000							
	971 - Guadeloupe	328 400	///	///	///	Non	communiqué	///	///		1 première semaine de 1990		1	106	32	5		196	1
	972 - Martinique	329 600	///	///	///	Non	communiqué	///	///		1 première semaine de 1989								
	973 - Guyane	73 000	///	///	///	Non	communiqué	///	///										
	974 - Réunion	516 000	1																

Directeur de la publication : M. Maurice ROBERT
 Rédacteur en chef : D^e Elisabeth BOUVET
 Rédaction : D^{rs} Jean-Baptiste BRUNET, Loetizia FROMENT, 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, 75350 Paris 07 SP - 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