

ENQUÊTE

COMPORTEMENTS SEXUELS ET PRÉCAUTIONS FACE AU SIDA DANS LA RÉGION RHÔNE-ALPES EN 1989

G. D'AUBIGNY (a), P. BERGER (c), B. BOUHET (b), B. DENNI (b), C. DURIF (d),
H. LAGRANGE (e), B. LHOMOND (c), S. ROCHÉ (b), M. ZORMAN (f)

Un dispositif pluridisciplinaire d'observation [P.R.O.M.S.T.] (1) a été mis en place par des chercheurs de Grenoble et Lyon, dans le but de disposer d'une série d'observations comparables dans le temps permettant de mesurer les modifications des comportements et des attitudes face au SIDA et aux M.S.T.

Dans le cadre de ce dispositif, la D.G.S. a financé une enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population de la région.

Les premiers résultats portent sur les comportements sexuels et les précautions prises face au SIDA, principalement parmi les personnes sexuellement exposées. Le second volet de cette enquête portant sur les perceptions sociales de la maladie sera présenté dans une prochaine publication du B.E.H.

MÉTHODOLOGIE

L'enquête a été réalisée en avril-mai 1989 auprès d'un échantillon de 1 511 personnes représentatives de la population des 18-59 ans habitant la région Rhône-Alpes (méthode des quotas : âge, sexe, profession et catégorie d'agglomération). Le terrain a été confié à l'institut B.V.A. Le questionnaire a été administré au domicile de l'enquêté. Les questions relatives à la sexualité et à la proximité de la maladie ont été auto-administrées et recueillies sous enveloppe.

Les enquêtes tout public sous-estiment nécessairement certaines populations plus difficiles à atteindre à leur domicile : les jeunes, les célibataires ainsi que toutes les personnes vivant « en marge de la société ». Ces populations étant sexuellement plus exposées aux risques de contamination par le virus V.I.H., leur sous-représentation de l'échantillon contribue certainement à minimiser l'importance de certains comportements et de certaines réactions.

RÉSULTATS

1. Les pratiques sexuelles

La fréquence et le type de pratiques sexuelles varient sensiblement en fonction du nombre de partenaires et de l'âge.

82,3 % des répondants déclarent avoir eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois. Parmi cette population sexuellement active ($n = 1\,243$), 39 % disent avoir des rapports plusieurs fois par semaine. Cette fréquence diminue chez les hétérosexuels ayant plus d'un partenaire (33,2 %), elle est également un peu plus faible chez les moins de 25 ans (38,2 %) alors qu'elle est maximum entre 25 et 35 ans (51,9 %) et minimum après 45 ans. La vie en couple – en dehors du mariage – favorise des rapports plus fréquents (56,5 %).

Les pratiques oro-génitales, au moins occasionnelles et sur l'ensemble de la vie sexuelle, sont assez courantes (72,7 %); elles sont plus nombreuses pour les 25-34 ans que chez les 18-24 ans (respectivement 84,5 % et 73,4 %) et ne concernent qu'une personne sur deux au-delà de 45 ans; elles sont plus souvent pratiquées parmi les multipartenaires hétérosexuels (85,3 %) que parmi les monopartenaires (68 %). La sodomie est moins répandue : près de la moitié de la population ne l'a « jamais fait » (49,6 %) alors que 28,6 % la pratique au moins occasionnellement. Ce chiffre est toutefois très supérieur à celui publié en 1972 dans le rapport SIMON (16 %). Cette augmentation peut traduire une évolution réelle des comportements et/ou le caractère aujourd'hui plus décile de cette pratique. Celle-ci varie selon les mêmes critères que les caresses bucco-génitales : plus rare chez les jeunes (22 %), elle est plus fréquente entre 25-35 ans (29,9 %); elle est deux fois plus pratiquée chez les hétérosexuels multipartenaires (45,2 %) que chez les monopartenaires (23,2 %).

En résumé, les multipartenaires ont des relations sexuelles moins fréquentes mais des pratiques plus diversifiées ; c'est l'inverse chez les monopartenaires. Chez les plus jeunes, ces pratiques sont à la fois moins fréquentes et moins diversifiées.

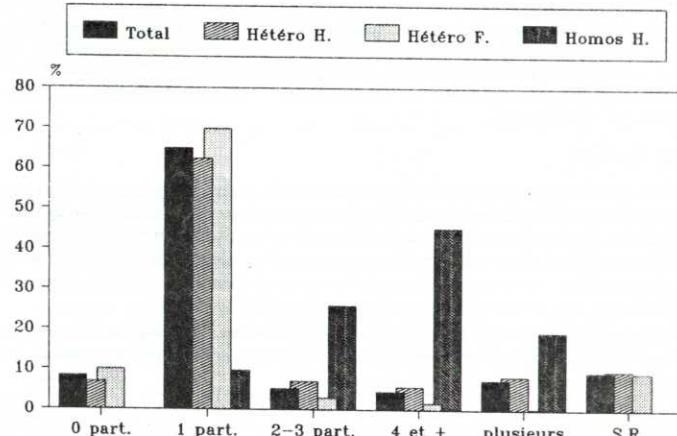
2. Les populations sexuellement exposées

2.1. Définition et estimation

Deux types de situations exposent à un risque d'infection par le virus V.I.H. : – les relations sexuelles avec plusieurs partenaires : 17,2 % ($n = 284$) des personnes interrogées déclarent avoir eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois ; ce groupe de multipartenaires se compose pour l'essentiel d'hétérosexuels (15,3 %, $n = 232$) – parmi lesquels un sur dix déclare avoir eu des relations avec des prostituées ($n = 24$) – et de 28 homosexuels multipartenaires [28 sur 31] (2). En raison du faible effectif de ce groupe, les résultats qui s'y rapportent doivent être considérés avec prudence (3). Le graphique présente la distribution du nombre de partenaires chez les hétérosexuels hommes et femmes et chez les homosexuels.

L'augmentation du nombre de partenaires accroît globalement le risque de maladies sexuellement transmissibles. Ainsi, 18 % des multipartenaires hétérosexuels contre 2 % dans le reste de l'échantillon ont eu au moins une M.S.T. dans les cinq années précédentes. Ce pourcentage augmente avec le nombre de partenaires : 15 % pour deux partenaires, 23 % pour trois et 26 % pour quatre et plus ; il est de 37 % chez les homosexuels multipartenaires.

NOMBRE DE PARTENAIRE



– les nouvelles relations sexuelles : nous avons retenu les individus ayant formé un nouveau couple depuis moins d'un an, soit 55 personnes (3,6 %).

- (a) I.M.S.S., univ. Grenoble II.
(b) C.I.D.S.P., C.N.R.S., Grenoble.
(c) G.D.R. Santé, C.N.R.S., Lyon.
(d) Centre de Santé M.N.E.F., Lyon.
(e) O.C.S., C.N.R.S.-F.N.S.P., Paris.
(f) Rectorat, Grenoble.

Retenir le multipartenariat et les nouveaux couples relève d'une conception large de l'exposition sexuelle. Sur une période d'un an, les personnes exposées ainsi définies représentent 20,8 % ($n = 339$) de la population. Il faut souligner toutefois que cette statistique s'applique à des individus, non à des couples. Elle ne prend pas en compte les risques de contamination liés aux formes complexes des réseaux sexuels : ceci contribue à sous-estimer un peu la proportion des personnes qui s'exposent à un risque de contamination.

2.2. Caractéristiques sociologiques

Les personnes sexuellement exposées ont un profil sociologique nettement typé. Elles sont jeunes : 71 % des multipartenaires ont moins de 35 ans, contre 52 % dans le reste de l'échantillon. Elles vivent en majorité seules : 69 % des multipartenaires et 28 % dans le reste de l'échantillon.

Les séparés et divorcés sont plus nombreux chez les multipartenaires (17 %) que dans l'ensemble de la population (7 %); à l'inverse, les couples mariés sont nettement sous-représentés dans ce groupe (16 % contre 52 % dans l'échantillon).

Plus diplômées que le reste de la population, les personnes sexuellement exposées sont aussi plus urbaines. Enfin chez les hétérosexuels multipartenaires, les hommes sont nettement sur-représentés (62,5 %). Ce déséquilibre du rapport hommes/femmes, souvent observé dans des enquêtes similaires (4), doit être considéré avec prudence : il peut résulter d'un effet de déclaration, les hommes ayant tendance à majorer le nombre de leurs partenaires, et les femmes à les minorer.

3. Les précautions

L'analyse des précautions concerne principalement les individus sexuellement exposés : multipartenaires hétérosexuels et homosexuels masculins, nouveaux couples ($n = 315$). 31,4 % des personnes appartenant à l'un de ces trois groupes déclarent avoir modifié leurs pratiques sexuelles à cause du SIDA ; le pourcentage est deux fois plus élevé parmi les homosexuels (71,4 %) et dix fois moindre chez les jeunes couples (3,5 %). En outre, 4,2 % des monopartenaires sexuellement actifs disent avoir, dans les douze mois, renoncé à une relation sexuelle par crainte du SIDA.

Les conduites de précaution peuvent se classer en deux grandes catégories : l'usage du préservatif d'une part, l'exercice d'un certain contrôle dans le nombre et le choix de ses partenaires d'autre part.

3.1. Le préservatif

Contexte et fréquence d'utilisation

L'analyse de l'utilisation du préservatif doit être conduite en fonction du contexte de la relation sexuelle : avec le partenaire habituel de l'enquêté, ou avec un partenaire occasionnel. Dans ces deux contextes, il faut distinguer l'utilisation systématique, l'utilisation irrégulière et l'absence d'utilisation.

Parmi les 232 hétérosexuels multipartenaires, 8,2 % utilisent systématiquement le préservatif avec leur partenaire habituel, 11,2 % irrégulièrement. Lors de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel, 29,3 % l'utilisent systématiquement et 20,7 % irrégulièrement. 5,2 % en font un usage systématique à la fois avec le partenaire habituel et le partenaire occasionnel.

En ce qui concerne les 116 utilisateurs du préservatif, environ 1/3 déclare l'utiliser à cause du SIDA (35,3 % $n = 41$), proportion comparable à celle de l'enquête du C.F.E.S. [38,7 %] (5).

Parmi ceux qui en font un usage systématique, 41 % sont des nouveaux utilisateurs liés à l'épidémie, alors qu'ils ne sont que 27 % parmi les utilisateurs irréguliers. Ceci tendrait à montrer qu'une fois vaincues les résistances très fortes à l'usage du préservatif, son utilisation lors de relations occasionnelles tend à devenir systématique.

Dans la population homosexuelle, 4 (14 %) utilisent systématiquement le préservatif avec leur partenaire habituel et 3 (11 %) de façon irrégulière. Avec une relation occasionnelle, 9 (32 %) l'utilisent systématiquement et 15 (54 %) irrégulièrement. Toutefois, comme chez ces derniers, l'utilisation systématique du préservatif est fortement liée à un changement de comportement (8 fois sur 9).

Les facteurs

Dans le cadre de rapports sexuels occasionnels, le facteur le plus lié à l'usage du préservatif est, de façon très nette, son usage comme méthode de contraception. Parmi ceux qui déclarent utiliser le préservatif comme contraceptif, 66 % l'utilisent aussi systématiquement comme moyen de prévention avec un partenaire occasionnel alors qu'ils ne sont que 18,4 % chez ceux qui n'utilisent pas le préservatif comme contraceptif.

Tout se passe comme s'il y avait un effet d'habitude : pour les personnes qui l'ont déjà adopté comme contraceptif, le préservatif apparaît comme un moyen de prévention plus facile à accepter.

La crainte personnelle d'attraper le SIDA augmente le recours au préservatif. Chez les hétérosexuels multipartenaires cette utilisation passe de 43,9 % chez ceux qui ne redoutent pas d'être contaminés à 60 % parmi ceux qui manifestent la crainte la plus forte. On retrouve cette même augmentation parmi les utilisateurs systématiques du préservatif : le pourcentage progresse de 20 % à près de 50 % à mesure que la crainte augmente.

Le test volontaire de dépistage du virus V.I.H. constitue un indice objectif d'une volonté de se protéger. 8,6 % des hétérosexuels ont fait faire le test de leur propre initiative. Parmi ceux-ci, 76 % utilisent le préservatif, contre 47,6 % chez ceux qui n'ont pas fait faire volontairement le test. Ces pourcentages sont très proches de ceux de l'enquête réalisée par le C.F.E.S. (5).

Chez les homosexuels, on observe les mêmes relations. La crainte personnelle de la maladie et le dépistage volontaire sont liés sensiblement à l'utilisation du préservatif.

En particulier, tous ceux qui redoutent « beaucoup » ou « assez » la contamination (20 sur 28) déclarent l'utiliser avec un partenaire occasionnel.

Ces résultats montrent que l'usage du préservatif tend à s'inscrire dans un système d'attitude cohérent qui associe perception du risque et comportements de précaution. Toutefois, ce système d'attitude semble encore mal structuré : ainsi, lorsque sont réunies ces deux conditions psychologique et relationnelle très favorables à l'usage systématique du préservatif – crainte personnelle et relation occasionnelle – il y a un peu moins d'un hétérosexuel sur deux qui l'emploie systématiquement.

Déclarer connaître personnellement un séropositif et utilisation du préservatif.

Les deux enquêtes C.F.E.S. et P.R.O.M.S.T. trouvent des pourcentages très proches de multipartenaires déclarant connaître un séropositif ou un malade (respectivement 15 % et 9 % pour le C.F.E.S., 14 % et 12 % pour P.R.O.M.S.T.).

Selon l'enquête du C.F.E.S., déclarer connaître dans son entourage une personne séropositive favorise nettement l'usage de préservatifs. Cette relation est interprétée comme étant l'effet déterminant d'un « contact conscient avec les porteurs du virus ».

Nos résultats font apparaître des liaisons significatives entre la connaissance déclarée et l'usage du préservatif.

Bien que nos observations reposent sur des effectifs plus faibles que ceux du C.F.E.S., elles conduisent à s'interroger sur la signification des réponses des personnes déclarant connaître dans leur entourage des séropositifs ou des malades. **Elles incitent à explorer et à approfondir cette notion de proximité**, d'autant plus que les campagnes de prévention s'appuient sur elle.

3.2. Contrôle relationnel

Les principales modifications de comportements relationnels liés au SIDA, au sein de la population sexuellement exposée sont la limitation du nombre de partenaires (20 %), le fait de mieux connaître son partenaire (15,8 %), la fidélité (9,6 %) ; enfin 4,2 % demandent à leur nouveau partenaire le résultat de leur test de dépistage. L'abandon de la pénétration ne concerne que 6 personnes sur 260. Les modifications sont toujours plus fréquentes parmi les homosexuels, dans une proportion pouvant être deux fois supérieure à celle des hétérosexuels.

CONCLUSION

Les résultats que nous avons enregistrés n'ont pas seulement un intérêt régional. La région Rhône-Alpes représente à bien des égards la France au 1/10^e. De fait, sur des indicateurs essentiels, nos résultats sont très proches de ceux établis par d'autres enquêtes comparables. Citons par exemple le nombre de partenaires sexuels ou encore la distribution des modes de contraception chez les femmes de 18-44 ans qui est, dans notre échantillon, voisine de celle estimée par l'I.N.E.D. en 1988 (6).

Nos données montrent que, sur une année, 1/5 environ de la population est exposée à un risque de contamination sexuelle. Elles enregistrent également des modifications significatives mais limitées de comportements de précaution. Toutefois, il faut souligner que **le test V.I.H. reste une pratique volontaire peu répandue chez les hétérosexuels multipartenaires (8,6 %)** alors qu'elle est assez fréquente chez les homosexuels (60,7 %). De façon constante, ces derniers ont beaucoup plus modifié leur comportement dans un rapport souvent supérieur à deux, par rapport aux hétérosexuels.

Nos résultats conduisent à se poser au moins deux questions du point de vue de la prévention :

– le faible pourcentage de tests volontaires pose le problème d'une politique d'incitation au dépistage en direction des personnes sexuellement exposées;

– **l'importance de la relation positive entre l'utilisation du préservatif comme contraceptif et comme moyen de protection contre le SIDA**, pose le problème de l'interdiction contenu dans l'article 5 de la loi Neuwirth : « Toute propagande antinataliste est interdite. Toute propagande et toute publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives sont interdites, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens ».

Ceci est d'autant plus important que, selon nos données, le nombre de partenaires est plus élevé chez les jeunes, alors que la fréquence des relations y est plus faible ; **ce qui pourrait faire du préservatif un mode de contraception mieux adapté au début de la vie sexuelle**.

(1) « Projet régional d'observation des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA ».

(2) 38 personnes déclarent avoir eu, dans l'année, des relations homosexuelles (2,5 % de l'échantillon) : 7 sont des femmes (1 % de la population féminine) et 31 sont des hommes (4,3 % de la population masculine). Il faut signaler qu'une seule femme ayant eu des relations homosexuelles se déclare multipartenaire, elle n'est pas retenue dans nos analyses.

(3) Cf. M. Pollack, enquête lectorat Gay-Pied, 1983-1989.

(4) Cf. par exemple l'enquête réalisée aux États-Unis en 1988 par le General Social Survey, B.E.H. n° 11/1989.

(5) Enquête réalisée par le C.F.E.S. auprès de 1 000 personnes âgées de 18 à 49 ans dans une population hétérosexuelle « à risques », B.E.H., n° 11/1989, p. 43.

(6) Selon l'I.N.E.D., (*Population et Société* n° 228, octobre 1988), 32 % des femmes de 18 à 49 ans utilisent la pilule et 17 % le stérilet ; dans notre échantillon, les résultats respectifs sont : 35 % et 13 %. Dans les deux enquêtes, 4 % des femmes utilisent le préservatif comme méthode principale de contraception.

MORTALITÉ PAR SIDA EN FRANCE (1983-1988)

E. JOUGLA *, F. HATTON *, P. MAGUIN *, E. MICHEL *, A. LETOULLEC *

LES STATISTIQUES DE DÉCÈS PAR SIDA EN FRANCE

Les données analysées dans cette étude sont basées, sur les statistiques des causes médicales de décès élaborées par le Service commun n° 8 (SC 8) de l'I.N.S.E.R.M. Les données pour les années 1983 à 1987 sont les statistiques définitives. Pour l'année 1988, il s'agit de statistiques encore provisoires mais très proches des données définitives.

L'analyse de la mortalité par SIDA à partir des certificats de décès a débuté en France au cours du deuxième trimestre 1983, date à partir de laquelle l'Organisation mondiale de la Santé (O.M.S.) a conseillé la codification spécifique de cette affection pour l'élaboration des statistiques de mortalité.

Les instructions internationales concernant la codification de cette affection ont évolué dans le temps. De 1983 à 1986, un code unique était utilisé, sans qu'il soit possible de différencier les formes cliniques de l'affection. Le SIDA était alors codé dans le chapitre III de la C.I.M. 9 « Maladies endocrinianes de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires » au code 279.1 (« déficit immunitaire cellulaire »). Depuis 1987, il a été demandé de coder le SIDA dans le chapitre I de la C.I.M. 9 « Maladies infectieuses et parasitaires »

et de différencier trois catégories d'infections V.I.H., correspondant chacune à une rubrique à trois chiffres de la C.I.M. (code 042, 043, 044) et comportant une précision complémentaire au niveau d'un quatrième chiffre.

Sont retenus dans cette étude, les décès où soit le SIDA, soit le V.I.H. ont été codés en tant que cause principale du décès. En 1988, ces cas se répartissaient en : SIDA avec affections opportunistes ou troubles spécifiques (78,6 %), SIDA sans autre information (20,2 %) et V.I.H. sans autre information (1,2 %).

APPARITION ET EXTENSION DE LA MORTALITÉ PAR SIDA

Le premier décès par SIDA a été enregistré en mai 1983 pour un sujet domicilié à Paris. Depuis cette date le nombre de décès dus à cette affection a fortement augmenté chaque année : de 32 en 1983 à 1384 en 1988, soit un total de 3 276 décès déclarés entre 1983 et 1988 (tabl. 1). Le taux d'accroissement annuel (1) s'est élevé à + 135 % en 1984, a atteint un maximum en 1985 et 1986 (+ 185 %), puis a diminué en se stabilisant autour de + 50 % depuis 1987. Une extrapolation basée sur les six premiers mois

Tableau 1. — Taux et nombre de décès par SIDA en France de 1983 à 1988

	Année													
	1983		1984		1985		1986		1987		1988		1983-1988	
	Taux*	(n)**	Taux*	(n)**										
Hommes.....	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hommes.....	1,1	30	2,5	68	7,2	194	19,6	528	31,0	840	43,6	1 186	17,6	2 846
Femmes.....	0,1	2	0,2	7	0,7	20	2,8	79	4,3	124	6,9	198	2,5	430
Total.....	0,6	32	1,4	75	3,9	214	11,0	607	17,3	964	24,8	1 384	9,9	3 276

* Taux de décès annuel par million d'habitants.

** Nombre annuel de décès.

de 1989 conduit à environ 2 200 décès pour l'ensemble de l'année 1989, correspondant à un accroissement annuel de + 60 %. Sur les 3 276 décès, 9 sur 10 ont concerné des hommes et 2 sur 3 des sujets âgés de 25 à 44 ans. Pour les enfants, on relève un total de 23 décès avant 1 an et 38 entre 1 et 14 ans sur l'ensemble de la période 1983-1988.

PART DU SIDA DANS LA MORTALITÉ GÉNÉRALE

Pour l'ensemble de la population, la part du SIDA reste relativement faible par rapport à la mortalité générale : 1 384 décès en 1988 par rapport aux 524 600 décès de l'année, soit 0,3 % de la mortalité (0,4 % chez les hommes et 0,1 % chez les femmes). Cependant ce pourcentage devient bien plus important lorsque l'on s'intéresse aux principaux groupes à risque. Pour les hommes entre 25 et 44 ans, il atteint 4,3 % représentant la 5^e cause de mortalité. Pour les célibataires du même groupe d'âge, il s'élève à 8,2 % représentant la 3^e cause de décès après les accidents-mort violente (46 %) et les tumeurs (9,3 %), et suivi par les maladies circulatoires (7,9 %). À Paris, ce poids devient particulièrement élevé : parmi les hommes de 25 à 44 ans, un décès sur quatre est dû au SIDA et pour les célibataires du même groupe d'âge, le SIDA représente 30 % des décès. Le rôle de la maladie est encore plus manifeste au sein de certaines professions : ainsi en 1988, le SIDA a été la cause d'un décès sur deux chez les hommes célibataires de 25 à 44 ans résidant à Paris et exerçant une profession dans le domaine de l'information, des arts ou du spectacle.

VARIATIONS DE LA MORTALITÉ DE 1983 À 1988

De 1983 à 1988, l'augmentation de la mortalité a touché toutes les catégories de la population. Le taux d'accroissement a cependant varié selon les caractéristiques des sujets. Si le taux de décès des hommes est toujours resté nettement supérieur à celui des femmes, l'accroissement annuel des taux a été constamment plus élevé chez les femmes (à l'exception des années 1985 et 1987 où la progression a été identique pour les 2 sexes). Le ralentissement de la progression depuis 1987 a également touché les 2 sexes : de 1986 à 1987, le taux d'accroissement annuel est passé de + 170 % chez les hommes et + 290 % chez les femmes à + 60 % pour les 2 sexes. En 1988, le taux d'accroissement est resté stable pour les femmes mais a encore diminué pour les hommes (+ 40 %). Au total le poids du sexe féminin dans le total des décès est passé de 6 % en 1983 à 13 % en 1988 et le taux de mortalité, qui était 16 fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes en 1983, ne l'est plus que 6 fois en 1988.

L'analyse des taux d'accroissements annuels par classe d'âge permet de préciser les tendances de l'évolution dans le temps de la mortalité par SIDA. L'accroissement très important des décès de 1983 à 1986 a touché pratiquement tous les groupes d'âge. De même le ralentissement de la progression à partir de 1987 a concerné l'ensemble des sujets, excepté les hommes de moins de 25 ans et de plus de 54 ans, pour qui les taux ont continué à augmenter de 100 % en 1987. Au total la structure par âge de la mortalité par SIDA s'est modifiée sensiblement dans le temps : l'âge moyen des décédés s'est nettement élevé (la proportion des sujets de plus de 45 ans est passée de 19 % en 1983 à 31 % en 1988).

CONCLUSION

L'analyse précédente conduit à un certain nombre d'observations importantes concernant le niveau et l'évolution des décès par SIDA en France depuis 1983 :

1. Le nombre et le taux de décès continuent à progresser fortement chaque année.
2. Le taux d'accroissement annuel des décès, après avoir atteint une valeur maximale en 1985 et en 1986, a eu tendance à se stabiliser, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, autour de + 50 % depuis 1987. Ce changement a pu être dû à l'effet de la croissance augmentant le temps de survie de la maladie ou à un ralentissement parallèle du nombre de nouveaux cas. L'analyse du taux d'accroissement des cas de SIDA notifiés au centre de surveillance de la Direction générale de la Santé, indique une évolution dans le temps relativement proche, puisqu'il est passé de 150 % en 1984 à 50 % en 1988.
3. La structure par sexe et âge de la mortalité s'est modifiée sensiblement dans le temps : en particulier, augmentation de la part des femmes dans la mortalité et accroissement de l'âge moyen des sujets.

* Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (I.N.S.E.R.M.) - SC 8 - Centre de Recherche du Vésinet, 44, chemin de Ronde - B.P. 34 - Le Vésinet.
(1) Taux d'accroissement annuel entre l'année *n* et l'année *n*+1 : (taux de décès l'année *n* - taux de décès l'année *n*-1)/taux de décès l'année *n*-1.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Données provisoires non validées

Semaine du 22 au 28 janvier 1990

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		3						LIMOUSIN	19 - Corrèze	239 000							2
	68 - Rhin (Haut-)	665 000						5			23 - Creuse	135 000							
	Total	1 609 000		3				5			87 - Vienne (Haute-)	360 000		Non communiqué					
AQUITAINE	24 - Dordogne	379 000						1		LORRAINE	Total	734 000							2
	33 - Gironde	1 165 000		Non communiqué							54 - Meurt.-et-Mos.	708 000		Non communiqué					
	40 - Landes	310 000		1							55 - Meuse	197 000							1
	47 - Lot-et-Garonne	305 000		Non communiqué				1			57 - Moselle	1 033 000							
	64 - Pyrénées-Atlan.	571 000				1		1			88 - Vosges	389 000		Non communiqué					
AUVERGNE	Total	2 730 000		1	1			2		MIDI - PYRÉNÉES	Total	2 327 000							1
	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									31 - Garonne (Hte-)	863 000							1
	63 - Puy-de-Dôme	596 000						3			32 - Gers	175 000		Non communiqué					
BOURGOGNE	Total	1 328 000						3		NORD - PAS-DE-CALAIS	46 - Lot	155 000							
	21 - Côte-d'Or	486 000		Non communiqué							65 - Pyrénées (Htes-)	233 000		Non communiqué					
	58 - Nièvre	235 000		1							81 - Tarn	342 000		Non communiqué					
	71 - Saône-et-Loire	571 000									82 - Tarn-et-Gar.	195 000							1
	89 - Yonne	320 000									Total	2 375 000							1
BRETAGNE	Total	1 612 000		1						NORMANDIE (BASSE-)	59 - Nord	2 506 000		1	2				3
	22 - Côtes-du-Nord	542 000		1				1			62 - Pas-de-Calais	1 425 000							3
	29 - Finistère	835 000						2			Total	3 931 000		1	2				3
	35 - Ille-et-Vilaine	781 000						2			14 - Calvados	610 000							3
	56 - Morbihan	611 000									50 - Manche	478 000							1
CENTRE	Total	2 769 000		1				5		NORMANDIE (HAUTE-)	61 - Orne	295 000							
	18 - Cher	323 000		Non communiqué							Total	1 383 000							4
	28 - Eure-et-Loir	380 000		Non communiqué							27 - Eure	493 000							4
	36 - Indre	238 000						1			76 - Seine-Maritime	1 211 000							6
	37 - Indre-et-Loire	526 000									Total	1 704 000							10
CHAMPAGNE-ARDENNE	41 - Loir-et-Cher	301 000								PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	1 036 000							2
	45 - Loiret	573 000		1							49 - Maine-et-Loire	711 000							1
	Total	2 341 000		1				4			53 - Mayenne	281 000							
	08 - Ardennes	297 000									72 - Sarthe	516 000							
	10 - Aube	295 000		Non communiqué							85 - Vendée	509 000							2
CORSE	51 - Marne	559 000								PICARDIE	Total	3 053 000		2					5
	52 - Marne (Haute-)	207 000									02 - Aisne	532 000							2
	Total	1 359 000									60 - Oise	699 000							2
	2 A - Corse-du-Sud	112 000									80 - Somme	549 000							2
	2 B - Corse (Haute-)	135 000									Total	1 780 000							6
FRANCHE-COMTÉ	Total	247 000								POITOU - CHARENTES	16 - Charente	343 000							
	25 - Doubs	479 000		2							17 - Charente-Mar.	523 000							
	39 - Jura	245 000									79 - Sèvres (Deux-)	346 000							1
	70 - Saône (Haute-)	234 000		Non communiqué							86 - Vienne	381 000							1
	90 - Terr. de Belfort	130 000									Total	1 593 000		1	1				
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 088 000		2						PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	127 000							
	75 - Paris (Ville)	2 069 000		9	2			17			05 - Alpes (Hautes-)	109 000		Non communiqué					
	77 - Seine-et-Marne	985 000		Non communiqué							06 - Alpes-Marit.	910 000		3					18
	78 - Yvelines	1 270 000		3				3			13 - B.-du-Rhône	1 758 000		4					
	91 - Essonne	1 048 000						1			83 - Var	760 000		2					
LANGUEDOC-ROUSSILLON	92 - Hauts-de-Seine	1 370 000		6				13			84 - Vaucluse	465 000		1					
	93 - Seine-St-Denis	1 346 000		6							Total	4 129 000		11					18
	94 - Val-de-Marne	1 199 000		1				8		RHÔNE - ALPES	01 - Ain	457 000							
	95 - Val-d'Oise	993 000		3				9			07 - Ardèche	275 000		Non communiqué					
	Total	10 281 000		28	2			51			26 - Drôme	415 000							1
FRANCE OUTRE-MER	11 - Aude	290 000									38 - Isère	988 000							11
	30 - Gard	570 000									42 - Loire	739 000		Non communiqué					
	34 - Hérault	776 000		2	1			2			69 - Rhône	1 443 000							
	48 - Lozère	72 000									73 - Savoie	335 000		Non communiqué					
	66 - Pyrénées-Orient.	360 000									74 - Savoie (Haute-)	540 000		2					2
FRANCE OUTRE-MER	Total	2 067 000		2	1			7			Total	5 192 000		2					14
	971 - Guadeloupe	328 400		Non communiqué						FRANCE MÉTROPOLITAINE	4 premières semaines de 1990	4	309	61	6	3	633	11	
	972 - Martinique	329 600		Non communiqué							4 premières semaines de 1989	16	309	113	13	1	815	7	
	973 - Guyane	73 000		Non communiqué															
	974 - Réunion	516 000		8				1											

Directeur de la publication : M. Maurice ROBERT

Rédacteur en chef : Dr Elisabeth BOUVET

Rédition : Dr Jean-Baptiste BRUNET, Loetitia 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