

ENQUÊTE

FRÉQUENTATION HOSPITALIÈRE LIÉE AU V.I.H. (Enquête du 31 mai 1989)

C. JESTIN, M. WCISLO (S.E.S.I.), G. VIDAL-TRECAN (A.P. de Paris)

OBJECTIF ET MÉTHODE

La quatrième enquête nationale semestrielle « un jour donné » sur l'impact de la pathologie liée au V.I.H. dans l'activité hospitalière a eu lieu le 31 mai 1989. Comme pour les précédentes enquêtes, elle a été réalisée par le S.E.S.I. et l'Assistance publique de Paris en collaboration dans chaque département avec les médecins inspecteurs de la Santé, et dans les établissements de soins avec les directions et les chefs de service. Les trois premières enquêtes ont eu lieu le 9 décembre 1987, 8 juin 1988 et 7 décembre 1988 (B.E.H., n°s 15 et 40/1988 et 30/1989). La Direction centrale du service de santé des Armées (1) a organisé la même enquête le même jour dans les hôpitaux militaires pour la première fois le 31 mai 1989. L'objectif de ces enquêtes transversales est de recenser « un jour donné » dans les services de court et moyen séjour des établissements de soins le nombre de patients déjà connus comme infectés par le V.I.H. en fonction du stade de leur maladie et du type de recours aux soins et d'en mesurer l'évolution dans le temps.

La méthodologie est identique à chaque enquête y compris à l'Assistance publique de Paris (A.P. de Paris) et dans les hôpitaux militaires.

CHAMP DE L'ENQUÊTE

D'abord limitée aux établissements et services de court séjour, l'enquête a été élargie aux établissements et services de moyen séjour depuis décembre 1988. Restent exclus du champ de l'enquête les établissements et services de long séjour, les laboratoires, les services d'explorations fonctionnelles et d'imagerie, les centres de dépistage anonyme et gratuit, les établissements et services de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme y compris les centres de post-cures, les centres de cure thermique, l'hospitalisation à domicile, les établissements et services spécialisés en psychiatrie.

Ces derniers sont exclus de l'analyse nationale car les résultats observés seraient difficiles à interpréter en raison de l'intrication de deux situations :
- d'une part la mesure de la prévalence du V.I.H. chez les malades des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;
- d'autre part la mesure des soins psychiatriques liée à la pathologie V.I.H. qu'il serait important de connaître mais qui intéresse vraisemblablement surtout les consultations de psychiatrie des centres hospitaliers polyvalents.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DU 31 MAI 1989 DANS LE COURT SÉJOUR

L'enquête a été effectuée dans **95 départements** métropolitains et les 4 départements d'outre-mer (les résultats de ces derniers ont été exploités à part).

2 520 patients infectés par le V.I.H. ont eu recours aux soins le 31 mai 1989 dans le court séjour en métropole, 67 patients dans les départements d'outre-mer. 45 patients ont été recensés dans les hôpitaux militaires.

(1) Résultats transmis par la Direction centrale du service des Armées, bureau épidémiologie, Docteur Neldme.

En 18 mois, de décembre 1987 à juin 1989, la progression est de 42 %. Elle est particulièrement forte pour les SIDA (+ 78 %) et beaucoup plus faible pour les autres stades de l'infection (+ 18 %). En 6 mois, entre décembre 1988 et juin 1989, la progression globale est de 16 %, 27 % pour les SIDA et 7 % pour les autres groupes. Les infections à V.I.H. occupent 0,7 % des lits dans le court séjour (graph. 1 et tabl. 1).

(graph. 1)

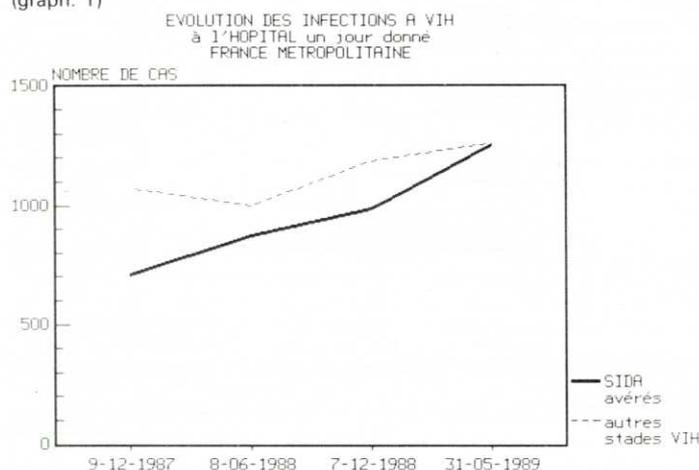


Tableau 1. — Évolution du nombre de cas entre le 9 décembre 1987 et le 31 mai 1989 par stade de l'infection

	Porteurs asymptomatiques et formes mineures	SIDA avéré	Total
Entre le 9 décembre 1987 et le 8 juin 1988	- 7,7 %	+ 24 %	+ 5 %
Entre le 8 juin 1988 et le 7 décembre 1988	+ 13,9 %	+ 10,9 %	+ 12,5 %
Entre le 7 décembre 1988 et le 31 mai 1989	+ 11,2 %	+ 29,4 %	+ 19 %
Total	+ 18 %	+ 78 %	+ 42 %

La moitié des malades sont atteints de SIDA avéré avec une progression de l'importance de ce stade par rapport aux autres formes. Île-de-France et Provence Alpes - Côte d'Azur accueillent 70 % des malades. La part de l'Assistance publique de Paris fluctue aux environs de 40 % avec léger recentrage à la dernière enquête, le nombre des malades présents augmentant alors beaucoup plus fortement que dans les autres établissements de la région Île-de-France.

RÉPARTITION EN FONCTION DU STADE DE LA MALADIE :
la moitié des patients sont atteints de SIDA

2 520 patients ont été recensés dans les services de court séjour des établissements civils et 45 dans les hôpitaux militaires. Ils se répartissent en :
- 1 272 malades atteints de SIDA avérés dont 18 dans les hôpitaux militaires ;
- 1 293 patients à un stade autre de l'infection.

Le ratio SIDA/autres stades augmente à l'Assistance publique de Paris par rapport aux autres établissements : 1,30 à l'Assistance publique de Paris, 0,82 en dehors de l'Assistance publique de Paris.

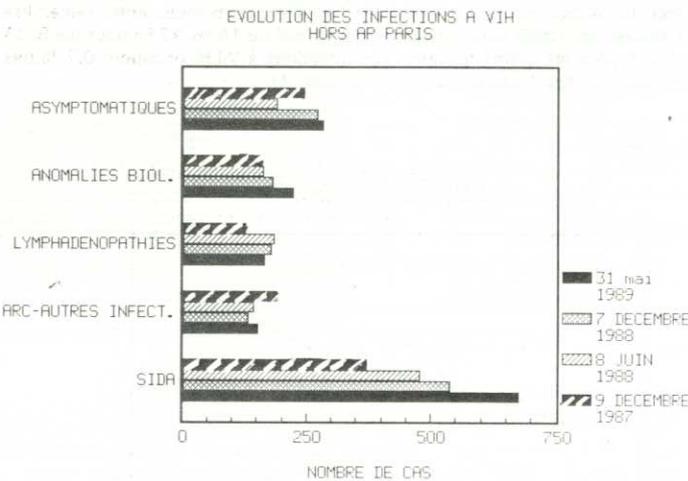
La ventilation des autres stades de l'infection a été faite comme habituellement pour les patients hors Assistance publique de Paris. Ces stades font référence à l'extension de la 9^e Classification internationale des maladies pour la classification des infections à V.I.H. et prennent en compte les modifications envisagées dans la C.I.M.-10.

Tableau 2. - Répartition de patients suivant le stade

	Hôpitaux civils hors A.P.	A.P. de Paris	Hôpitaux militaires	Total
SIDA	676	578	18	1 272
Asymptomatiques	283	211	14	297
Asymptomatiques avec anomalies biologiques	222		5	
Lymphadénopathie chronique	166	87	4	257
A.R.C.	151	146	4	301
Total	1 498	1 022	45	2 565

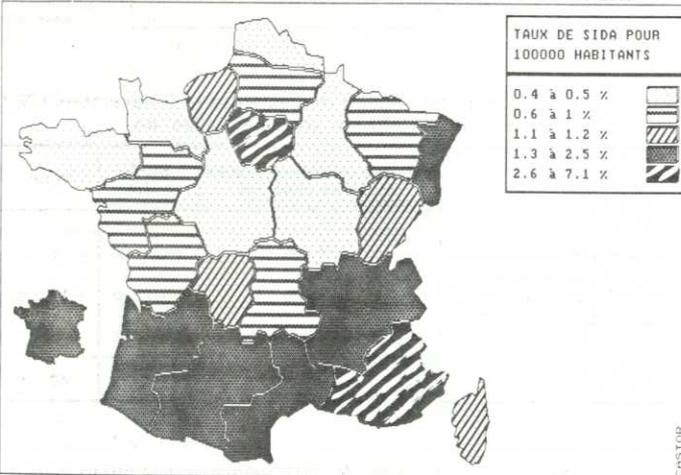
Cette répartition est strictement identique à la répartition globale de la précédente enquête. Par contre on observe au sein des formes mineures, une augmentation des asymptomatiques avec anomalies biologiques et une diminution des syndromes lymphadénopathiques (graph. 2).

(graph. 2)



RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE : peu de diffusion géographique (fig. 1).

REPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES CAS DE SIDA ENQUETE UN JOUR DONNE 31 MAI 1989



En mai 1989, 10 départements n'ont recensé aucun malade dans les établissements enquêtés. Les déclarations de cas de SIDA effectués par ces départements à la Direction générale de la Santé au 30 juin 1989 ne représentent que 1 % du total des SIDA déclarés. 2 départements (Mayenne et Haute-Saône) n'ont jamais été concernés.

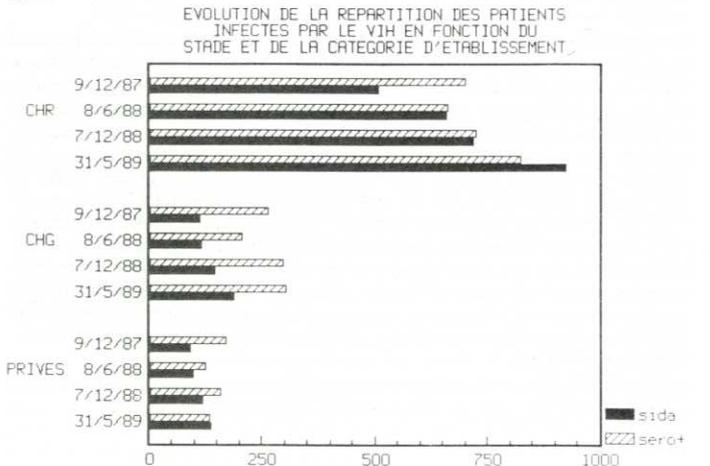
Le nombre de départements non concernés tend à diminuer à chaque enquête : 15 en décembre 1987, 17 en juin 1988, 13 en décembre 1988, puis 10 en mai 1989. Deux régions sont essentiellement touchées : l'Île-de-France et la Provence - Alpes - Côte d'Azur concentrent 7 malades sur 10. La prévalence des malades présents à l'hôpital dans les différentes régions est globalement superposable à celle observée à travers le système de surveillance du SIDA par la déclaration obligatoire.

La région Île-de-France a conservé son avance du début de l'épidémie (55 % du total des malades). La progression des patients a continué de croître, plus marquée pour les patients séropositifs, le poids déjà élevé des malades atteints de SIDA reste relativement stable à 58 %. Cependant un recentrage sur l'Assistance publique de Paris s'est opéré par rapport à la précédente enquête avec 78 % des malades de la région ; l'augmentation du nombre des patients pris en charge dans cette entité juridique a été deux fois plus forte que dans les autres établissements de la région parisienne. En décembre 1988 l'évolution était inverse. La progression observée en mai 1989 peut s'expliquer par l'ouverture à l'Assistance publique de Paris de nouvelles unités spécialisées dans la prise en charge des infections à V.I.H. L'augmentation du nombre de patients en dehors de cette entité juridique est superposable à celle observée sur le plan national.

En région Provence - Alpes - Côte d'Azur la progression des patients à l'hôpital s'est un peu ralentie pour tous les stades de l'infection. La région Rhône - Alpes, troisième par la taille de sa population, le devient aussi par le nombre d'infections à V.I.H. pris en charge à l'hôpital le jour de l'enquête. Mais en taux par habitant cette région est devancée par l'Aquitaine, le Languedoc - Roussillon et le Midi - Pyrénées. Les régions les moins concernées par cette pathologie sont situées au nord de la France : Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Champagne - Ardenne, Basse-Normandie, ce qui est conforme aux données de la déclaration obligatoire.

RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS : 7 malades sur 10 sont pris en charge par les C.H.R. 1,5 % des lits d'hospitalisation sont réservés à la pathologie à V.I.H. (graph. 3).

(graph. 3)



Tous les C.H.R. sont confrontés à l'infection par le V.I.H. : 46 % des services concernés sont dans les C.H.R. Ce taux est en légère diminution par rapport aux enquêtes précédentes (53 % en juin 1988, 50 % en décembre 1988). En réalité l'activité est plus concentrée sur les services avec augmentation de la part des C.H.R. par rapport à la précédente enquête (68,7 % à 69,6 %). La progression de la part d'activité des C.H.R. est surtout attribuable à l'augmentation importante du nombre de patients hospitalisés dans les établissements de l'Assistance publique de Paris. Cependant les C.H.R. de province regroupent près de 1 patient sur 2 (48,9 %) et plus de la moitié des malades atteints de SIDA. Leur part a augmenté pour ces malades et pour les formes mineures, alors qu'elle diminue pour les asymptomatiques.

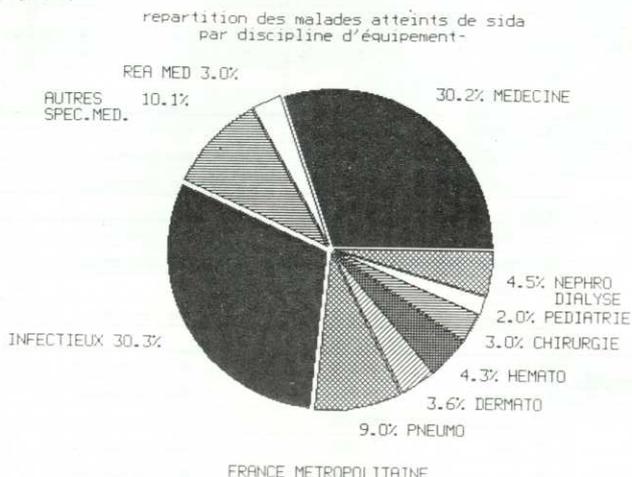
À l'Assistance publique de Paris 3 % de l'activité de court séjour, 15 % de l'activité d'hospitalisation de jour, 2,2 % des consultations sont consacrés au diagnostic et au traitement des infections à V.I.H.

Dans les autres hôpitaux publics l'augmentation globale est de près de 11 % du nombre de patients, portant surtout sur la prise en charge des malades atteints de SIDA et des patients asymptomatiques (30 %). 130 hôpitaux sont concernés le jour de l'enquête : ce sont surtout des centres hospitaliers généraux qui représentent 34 % de l'activité liée au V.I.H. en dehors de l'Assistance publique de Paris : 28 % des SIDA, 36 % des autres stades. Leur part augmente aux dépens du secteur privé.

L'activité reste limitée dans les établissements privés : 11 % des patients y ont recours. Cependant le nombre d'établissements concernés augmente régulièrement pour les établissements participant au service public hospitalier (P.S.P.H.) et pour les autres établissements privés. Paradoxalement le nombre de patients dans les P.S.P.H. a diminué de façon notable surtout pour les patients séropositifs, le nombre de SIDA continuant à augmenter. La part des P.S.P.H. diminue par rapport aux autres catégories d'établissements et notamment par rapport aux autres établissements privés. Ceux-ci gardent une activité très ponctuelle représentant 3,7 % de l'activité hospitalière liée au V.I.H.

RÉPARTITION PAR DISCIPLINE D'ÉQUIPEMENT : prédominance de l'infectiologie (graph. 4).

(graph. 4)



Les services médicaux spécialisés ou non gardent une activité soutenue en matière d'infection à V.I.H. en concentrant 92 % des malades atteints de SIDA et 81 % des autres patients.

Les services de chirurgie et gynéco-obstétrique regroupent 13 % des patients séropositifs et seulement 3 % des SIDA. Les patients de ces services y ont probablement recours pour une pathologie autre que l'infection à V.I.H. En gynéco-obstétrique l'activité reste ponctuelle. Par contre 95 services de chirurgie ou de spécialités chirurgicales sont concernés. En particulier on y observe une progression de l'ophtalmologie. Les patients y sont encore en nombre limité, mais ils impliquent un nombre assez important de services (20 % des services de disciplines chirurgicales).

De même seulement 2,7 % des malades (3 % des SIDA) sont en réanimation médicale. Cependant le nombre de services concernés en réanimation est important au regard du faible nombre de malades : 40 services sont concernés par cette pathologie le jour de l'enquête.

La pédiatrie voit diminuer le nombre de services sollicités, et le nombre de malades. S'il faut être prudent sur l'interprétation des chiffres car les effectifs sont faibles dans cette discipline lors des enquêtes « un jour donné », la tendance est à la baisse pour tous les stades de la maladie et en particulier pour les SIDA.

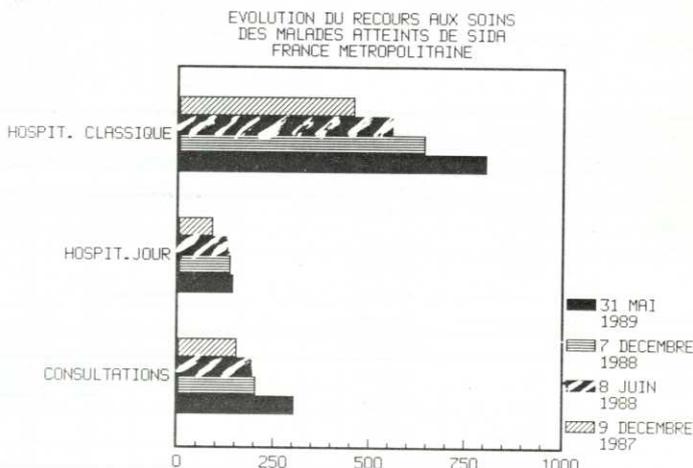
Les services d'infectiologie sont très sollicités : l'activité liée au V.I.H. est très concentrée dans 37 services. Ces services rassemblent à eux seuls plus de 30 % du total des malades atteints de SIDA (22 % pour les autres stades) et près de 50 % des malades de spécialités médicales. En moyenne, le jour de l'enquête, 21,3 patients sont hospitalisés ou consultent dans chaque service d'infectiologie. Par rapport à l'enquête précédente, la part de cette spécialité s'est accrue notamment pour les asymptomatiques et formes mineures de l'infection. L'augmentation de la part prise par l'infectiologie s'est faite en partie aux dépens de l'hématologie et de la dermatologie. En hématologie l'activité est concentrée sur 28 services avec 6 patients en moyenne par service alors que pour la dermatologie la moyenne est inférieure à 4 patients par service avec 27 services concernés.

Parmi les spécialités médicales, la pneumologie prend une part importante dans le traitement et le suivi des malades atteints de SIDA (9 %) probablement le plus souvent à l'occasion du développement d'une infection opportuniste d'entrée dans le SIDA. Cette activité est beaucoup plus dispersée que pour l'infectiologie avec en moyenne 3 patients par service dans 50 services. Il faut noter la place que commencent à occuper l'hépatogastro-entérologie et la neurologie avec augmentation du nombre de services concernés d'une enquête à l'autre. Le recours aux services spécialisés se renforce dans les C.H.R. et notamment à l'Assistance publique de Paris. Cette tendance déjà observée lors des précédentes enquêtes s'est accentuée. Plus l'établissement est spécialisé, plus les patients ont recours aux services les plus spécialisés : à l'Assistance publique de Paris 65 % des SIDA sont en spécialités médicales. Cependant la tendance observée lors de la précédente enquête de réserver ces services au traitement des formes les plus graves de l'infection, n'est pas confirmée, car les autres patients les sollicitent beaucoup.

RÉPARTITION EN FONCTION DU RECOURS AUX SOINS (graph. 5).

La pathologie liée au V.I.H. occupe 0,7 % de l'ensemble des lits de court séjour le jour de l'enquête. 50 % des malades présents ce jour-là sont en hospitalisation complète, 12 % en hospitalisation de jour et 38 % en consultation externe. 2 malades atteints de SIDA sur 3 sont en hospitalisation complète et moins d'un sur 4 a recours aux consultations alors que la moitié des autres patients sont vus en consultations externes. La part de l'hospitalisation augmente avec l'aggravation de la maladie : elle passe de 45 % pour les formes mineures et asymptomatiques, à 80 % pour les SIDA.

(graph. 5)



Depuis la première enquête de décembre 1987, cette répartition varie peu sauf à l'Assistance publique de Paris où une baisse de l'hospitalisation complète est observée pour les sujets séropositifs au profit des consultations externes. L'activité hospitalière évolue peu en structure mais la répartition des malades, en fonction du stade et du recours aux soins, progresse de façon très différente : les SIDA progressent très fortement en hospitalisation (+ 75 %) alors que les autres formes de l'infection stagnent (3,2 %). L'augmentation la plus forte est observée dans les consultations (+ 96 % pour les SIDA). Cette tendance amorcée à la précédente enquête est beaucoup plus marquée dans les services et établissements spécialisés. En hospitalisation de jour la répartition des stades de la maladie est plus homogène : 11,5 % des SIDA, 13 % des autres stades. On observe depuis juin 1988 une stagnation de cette forme d'hospitalisation. Elle peut s'expliquer par une saturation ou plutôt une adaptation de cette structure avec tendance à la prise en charge des malades les plus gravement atteints (46 % des malades en hôpital de jour sont des SIDA). Le premier semestre de 1988 peut correspondre à une montée en charge dans les services spécialisés puis les deux semestres suivant à l'adaptation aux nouveaux protocoles d'examen ou de traitement, ceux-ci pouvant être plus facilement pratiqués en ambulatoire. Le recours à cette forme d'hospitalisation augmente avec la spécialisation du service et de l'établissement. Les plus spécialisés se sont trouvés précocement confrontés à l'arrivée de nouveaux malades et ont dû modifier les conceptions classiques de soins.

LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

L'activité hospitalière liée au V.I.H. demeure importante dans la région Antilles - Guyane, mais faible à la Réunion. 67 patients au total sont recensés dont 28 atteints de SIDA. La Guadeloupe a longtemps été le département le plus sollicité, l'activité observée en Guyane à l'hôpital semblant faible au regard du nombre élevé de SIDA déclarés. Des modifications apparaissent dans l'enquête de mai 1989 : augmentation du nombre de malades recourant aux soins hospitaliers en Guyane et en Martinique, stabilisation en Guadeloupe. Cette évolution probablement liée aux fluctuations d'activité hospitalière nécessite d'être confirmée par les enquêtes ultérieures.

LE MOYEN SÉJOUR

La même méthodologie que dans le court séjour a été adoptée. 144 établissements de moyen séjour et les services de moyen séjour des entités juridiques déjà étudiées dans le court séjour ont été enquêtés. 159 malades dont 66 SIDA y sont recensés. 19 établissements à vocation exclusive de moyen séjour hébergent des patients infectés par le V.I.H. Ces établissements sont pour la plupart situés dans les régions de montagne et en Île-de-France.

CONCLUSION

En 18 mois, la progression des infections à V.I.H. à l'hôpital observée par les enquêtes « un jour donné » a surtout été marquée par l'augmentation des cas de SIDA (78 %) et une relative stabilisation des autres formes de l'infection. Il y a peu de diffusion géographique et sur le plan des établissements concernés : les malades ont tendance à fréquenter les mêmes établissements, mais surtout les plus spécialisés, et dans ces établissements les services de pointe. Le système hospitalier s'adapte à la prise en charge de cette pathologie par le développement des alternatives à l'hospitalisation classique : hôpital de jour dans la première période, puis dans la seconde des consultations, l'évolution étant plus rapide dans les services et établissements spécialisés. La prochaine enquête permettra de conforter ou d'infirmer ces tendances.

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						LIMOUSIN	19 - Corrèze	239 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	68 - Rhin (Haut-)	665 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///		23 - Creuse	135 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	Total	1 609 000		1							87 - Vienne (Haute-)	360 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
AQUITAINE	24 - Dordogne	379 000								LORRAINE	Total	734 000								
	33 - Gironde	1 165 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///		54 - Meurt.-et-Mos.	708 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	40 - Landes	310 000									55 - Meuse	197 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	47 - Lot-et-Garonne	305 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///		57 - Moselle	1 033 000	1						10	
	64 - Pyrénées-Atlant.	571 000		4				5			88 - Vosges	389 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
Total	2 730 000		4				5		Total	2 327 000	1						10			
AUVERGNE	03 - Allier	364 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	15 - Cantal	159 000		1				1			12 - Aveyron	276 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	43 - Loire (Haute-)	209 000									31 - Garonne (Hte-)	863 000			1					
	63 - Puy-de-Dôme	596 000									32 - Gers	175 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
Total	1 328 000		1				1		46 - Lot	155 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///		
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	486 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	NORD - PAS-DE-CALAIS	65 - Pyrénées (Htes-)	233 000							1	
	58 - Nièvre	235 000						2			81 - Tarn	342 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	71 - Saône-et-Loire	571 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///		82 - Tarn-et-Gar.	195 000								1
	89 - Yonne	320 000									Total	2 375 000			1				1	1
Total	1 612 000						2		59 - Nord	2 506 000			1					17		
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	542 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	NORMANDIE (BASSE-)	62 - Pas-de-Calais	1 425 000							10	
	29 - Finistère	835 000						2			Total	3 931 000			1				27	
	35 - Ille-et-Vilaine	781 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///		14 - Calvados	610 000			1				5	
	56 - Morbihan	611 000						3			50 - Manche	478 000							1	
Total	2 769 000						5		61 - Orne	295 000							1	1		
CENTRE	18 - Cher	323 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	NORMANDIE (HAUTE-)	Total	1 383 000			1				7	1
	28 - Eure-et-Loir	380 000						4			27 - Eure	493 000							1	
	36 - Indre	238 000									76 - Seine-Maritime	1 211 000							1	
	37 - Indre-et-Loire	526 000									Total	1 704 000							2	
	41 - Loir-et-Cher	301 000						1			PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	1 036 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///
45 - Loiret	573 000					4		49 - Maine-et-Loire	711 000									1		
Total	2 341 000					9		53 - Mayenne	281 000											
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 - Ardennes	297 000						2		72 - Sarthe		516 000	1	1					1	
	10 - Aube	295 000						1		85 - Vendée		509 000							2	
	51 - Marne	559 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	Total	3 053 000	1	1					4		
	52 - Marne (Haute-)	207 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	02 - Aisne	532 000							1	6	
Total	1 359 000					3			60 - Oise	699 000			1					4		
CORSE	2 A - Corse-du-Sud	112 000		1						PICARDIE	80 - Somme	549 000			1	1				
	2 B - Corse (Haute-)	135 000						2			Total	1 780 000			2	1		1	10	
	Total	247 000		1				2			POITOU - CHARENTES	16 - Charente	343 000							
FRANCHE-COMTÉ	25 - Doubs	479 000						1		17 - Charente-Mar.		523 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	39 - Jura	245 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	79 - Sèvres (Deux-)		346 000					1			
	70 - Saône (Haute-)	234 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	86 - Vienne		381 000							2	
	90 - Terr. de Belfort	130 000								Total		1 593 000					1		2	
Total	1 088 000					1			PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	127 000							3		
ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 069 000		18				15			05 - Alpes (Hautes-)	109 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	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	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	91 - Essonne	1 048 000		2		1		4		1	83 - Var	760 000			1				1	
	92 - Hauts-de-Seine	1 370 000		12				4		84 - Vaucluse	465 000				1			2		
93 - Seine-St-Denis	1 346 000		2				19		Total	4 129 000			1	1			6			
94 - Val-de-Marne	1 199 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	RHÔNE - ALPES	01 - Ain	457 000							2		
95 - Val-d'Oise	993 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///		07 - Ardèche	275 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///	
Total	10 281 000		34		1		42	1		26 - Drôme	415 000				1			1	1	
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	290 000									38 - Isère	988 000							2	
	30 - Gard	570 000	///	///	Non	communiqué	///	///		///	42 - Loire	739 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///
	34 - Hérault	776 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	69 - Rhône	1 443 000			2						
	48 - Lozère	72 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	73 - Savoie	335 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	///	
	66 - Pyrénées-Orient.	360 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	74 - Savoie (Haute-)	540 000			1						
Total	2 067 000								Total	5 192 000			3	1			5	1		
FRANCE OUTRE-MER	971 - Guadeloupe	328 400	///	///	Non	communiqué	///	///	///	FRANCE MÉTROPOLITAINE	8 premières semaines de 1990	15	611	102	11	5	1 326	25		
	972 - Martinique	329 600	///	///	Non	communiqué	///	///	///		8 premières semaines de 1989	38	592	170	28	8	1 426	20		
	973 - Guyane	73 000	///	///	Non	communiqué	///	///	///	TOTAL :	55 634 000									
	974 - Réunion	516 000		1				2												

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